

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA
TN. A.H DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG
KOMODO RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG**



NI KOMANG ARI MILNAWATI

NIM: PO.530320116366

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA
TN. A.H DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG
KOMODO RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan Dan
Mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NI KOMANG ARI MILNAWATI
NIM: PO.530320116366

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Tn. A.H Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang**".

Disusun oleh :



Ni Komang Ari Milnawati

NIM: PO.530320116366

Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Diseminarkan

Pada tanggal, 11 Juni 2019

Mengetahui,
Pembimbing



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep.,M.Kep


NIP. 19810630 200501 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Studi Kasus

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Tn. A.H
Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Komodo
RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

Disusun oleh :



Ni Komang Ari Milnawati

NIM: PO.530320116366

Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Prodi D III Keperawatan Kupang
Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji,

Penguji I

Penguji II

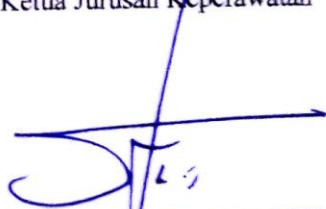


Maria A. Making, S.Kep.Ns, M.Kep
NIDN : 0814099902



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19810630 200501 2 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes
NIP.19691128 199303 1 005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Telli, S.Kep.Ns.,MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ni Komang Ari Milnawati
NIM : PO.530320116366
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Ni Komang Ari Milnawati
NIM : PO.530320116366

Mengetahui,
Pembimbing



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep., M.Kep
NIP. 19810630 200501 2 001

BIODATA PENULIS

Nama : Ni Komang Ari Milnawati
TTL : Mengwi, 25 Nopember 1987
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jalan Oeleta Raya, Perum Pitoby Blok CC Gang IX-No 14
Alak, Kupang NTT
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Tahun 2000 di SD Negeri 12 Mengwi
2. Tamat SMP Tahun 2003 di SLTP Negeri 1 Mengwi
3. Tamat SPK Tahun 2006 di SPK Kesdam IX / Udayana
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang.

MOTTO

***Jawaban Sebuak Keberhasilan Adalah
Terng Belajar
Dan
Tak Kenal Putus Asa***

ABSTRAK

Ni Komang Ari Milnawati, PO.530320116366, 2019, Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Tn. A.H Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang.

Chronic kidney disease (CKD) merupakan proses kerusakan ginjal selama rentang waktu lebih dari tiga bulan, dimana ginjal kehilangan kemampuan untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Angka kejadian CKD di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 3,8% sedangkan angka kejadian CKD di NTT pada tahun 2013 sebesar 3% dan pada tahun 2018 menjadi 3,3%. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn A.H.dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan chronic kidney disease (CKD). Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019,ditemukan data bahwa pasien mengatakan pusing,sakit kepala,tidak ada nafsu makan, makan sedikit, mual, muntah, susah BAB (1 kali/3hari), badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar,terjadi penurunan berat badan, serta meningkatnya hasil kreatinin, ureum dan BUN, pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah; Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah); Konstipasi b/d imobilisasi; Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi. Rencana keperawatan yang disusun sesuai dengan teori untuk mengatasi masalah yang ada,diantaranya; mengkaji status nutrisi; ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi;bantu aktifitas fisik secara teratur;beri pendidikan kesehatan tentang penyakit CKD. Implementasi kepada Tn. A.H dilakukan selama 3 (tiga) hari.Implementasi keperawatan yang dilakukan diantaranya; mengkaji status nutrisi; mengajarkan pasien melakukan mobilisasi; membantu aktifitas fisik secara teratur; menerangkan kepada pasien tentang proses terjadinya penyakit CKD. Evaluasi yang dilakukan terhadap 4 (empat) diagnosa keperawatan yaitu: untuk masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi, masalah intoleransi aktifitas belum teratasi, masalah konstipasi belum teratasi dan masalah kurang pengetahuan sudah teratasi dengan data bahwa pasien dan keluarga mengatakan sudah paham dan mampu menjelaskan kembali tentang penyakit CKD. Pada kasus Tn A.H tidak ditemukan adanya kelebihan volume cairan karena pasien sudah menjalani hemodialisis sebanyak dua kali sebelum penulis melakukan studi kasus. Sehingga masalah kelebihan volume cairan sudah teratasi, dan tidak tampak adanya oedem dan produksi urine sebanyak 1500cc/24jam.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Chronic Kidney Disease*

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
Halaman Depan	
Halaman Dalam	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Surat Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah	v
Biodata dan Motto	vi
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Kata Pengantar	x
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan Studi Kasus.....	3
1.3. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Teori CKD	5
2.1.1. Pengertian	5
2.1.2. Klasifikasi	5
2.1.3. Etiologi.....	6
2.1.4. Patofisiologi	6
2.1.5. Pathway.....	9
2.1.6. Manifestasi Klinis	10
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang	10
2.1.8. Komplikasi.....	12
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan CKD	12
2.2.1. Pengkajian Keperawatan.....	12
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	15
2.2.3. Intervensi Keperawatan	16
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	20
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	22

BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus.....	23
3.1.1. Gambaran tempat atau Lokasi Penelitian	23
3.1.2. Karakteristik Pasien	23
3.1.3. Pengkajian keperawatan	23
3.1.4. Diagnosa Keperawatan	29
3.1.5. Intervensi Keperawatan	29
3.1.6. Implementasi Keperawatan.....	31
3.1.7. Evaluasi Keperawatan.....	35
3.2. Pembahasan	37

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan	42
4.2. Saran	44

DAFTAR PUSTAKA	45
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**Asuhan keperawatan medikal bedah komprehensif pada Tn. A.H dengan Chronic kidney disease (CKD) di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang**". Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran dan dukungan moril. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Maria A. Making, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep, Ns sebagai Kepala ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang beserta staf, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan diruangan.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang sudah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan studi kasus.
6. Ibu Margaretha Telly, S.Kep,Ns. MSc,PH selaku Kaprodi D-III Keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melakukan studi kasus.

7. Seluruh Dosen Keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan bimbingan kepada penulis selama perkuliahan
8. Seluruh tenaga kependidikan Prodi Keperawatan Kupang yang telah banyak membantu selama kuliah.
9. Bapak I Made Darta dan Ibu Ketut Wardani selaku orang tua yang selalu mendukung, membantu, dan mendoakan penulis selama dalam proses perkuliahan.
10. Suami tercinta I Nyoman Sudiarta dan anak-anak tersayang Putu Syabila Maheswari dan Kadek Deva Satria Pradana yang telah mendukung dan mendoakan penulis hingga sampai saat ini.
11. Seluruh keluarga yang telah membantu dan memberi dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
12. Untuk sahabat terkasih Helenora Nuriati, Theresia Maria Dueytu, Sherli Ivona Illu, yang sudah membantu penulis selama proses perkuliahan di Poltekes Kemenkes Kupang.
13. Teman-teman Kelas Karyawan dan adik-adik reguler yang telah memberikan dukungan dan bantuan terhadap keberhasilan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaannya.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik atau chronic kidney disease (ckd) merupakan salah satu penyakit tidak menular yang saat ini banyak terjadi di masyarakat. CKD merupakan proses kerusakan ginjal selama rentang waktu lebih dari tiga bulan. Pada kasus tersebut, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal (Muhammad, 2012).

Menurut data dari WHO, angka penderita gangguan ginjal tergolong cukup tinggi. Setiap tahunnya prevalensi penyakit gagal ginjal terus meningkat. Data di Amerika Serikat tahun 2015 memperkirakan bahwa angka kejadian CKD mencapai 19,2 juta (11%) dari seluruh populasi dewasa dan 0,22% diperkirakan sudah ada pada stadium akhir (WHO, 2015).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 prevalensi CKD mengalami kenaikan dibandingkan dengan Riskesdas 2013 yakni 2% menjadi 3,8%. Hasil Riset Kesehatan Daerah (RISKESDES) tahun 2018 menunjukkan prevalensi penyakit CKD di NTT mengalami peningkatan sebesar 3,3% dibanding dengan tahun 2013. Data Rekam Medik RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang jumlah kasus chronic kidney disease (CKD) di ruang Komodo kelas II mengalami peningkatan dalam 3 bulan terakhir yakni bulan Februari 2019 sebanyak 9 kasus, Maret 2019 sebanyak 10 kasus dan April 2019 sebanyak 11 kasus. Prevalensi berdasarkan jenis kelamin didapatkan perbandingan laki-laki lebih banyak dibanding perempuan. Sedangkan kelompok umur terbanyak yang menjalani hemodialisis adalah pada kelompok usia produktif (45-54 tahun) sebesar 29,2%. Selanjutnya lebih dari 50% pembiayaan ditanggung oleh asuransi, baik dari pemerintah maupun swasta (*Indonesian Renal Registry*, 2012). Melihat tingginya angka kejadian CKD, maka sangat diperlukan upaya penatalaksanaan yang komprehensif.

Penderita CKD memerlukan penanganan secara optimal untuk mempertahankan kualitas hidup guna meminimalkan komplikasi lebih lanjut. Peran perawat menjadi faktor yang sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan ini. Perawat dapat

berperan sebagai *care provider* yaitu memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif. Selain itu perawat juga bisa berperan sebagai edukator yaitu memberikan edukasi kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada klien tentang pengaturan diet bagi pasien CKD seperti diet rendah protein dan tinggi karbohidrat. Selanjutnya dalam penatalaksanaan CKD, perawat juga bisa berperan sebagai konsultan, kolaborator, advokat (pembela) dan pendidik (Potter & Perry, 2009).

Penyakit CKD dapat menimbulkan berbagai dampak terhadap sistem tubuh diantaranya gangguan terhadap sistem kardiovaskuler yakni meningkatkan tekanan darah. CKD juga dapat mengakibatkan vasokonstriksi sehingga mengakibatkan penurunan kadar hemoglobin (anemia) akibat dari kurangnya kemampuan ginjal untuk menghasilkan hormon eritopoetin yang berfungsi untuk merangsang sumsum tulang dalam memproduksi sel darah merah (Joachim and Lingappa, 2010). Selain itu CKD dapat menimbulkan gangguan pada sistem pernapasan, sistem persyarafan, sistem urogenital, sistem pencernaan dan sistem integumen. Selain menimbulkan gangguan pada aspek fisik, CKD dapat juga menimbulkan gangguan psikologis, diantaranya depresi yang memperburuk keadaan pasien. Oleh karena itu sangat diperlukan upaya penatalaksanaan yang adekuat dan optimal.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada kasus CKD diantaranya dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius. Penatalaksanaan lain meliputi transplantasi ginjal atau pencangkokan ginjal yang sehat ke pasien gagal ginjal kronik. Berbagai penatalaksanaan ini dapat mencapai hasil yang optimal jika terdapat kerjasama yang baik diantara tenaga kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, salah satunya perawat.

Dalam perawatan pasien CKD, perawat dapat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*) kepada pasien, sebagai pendidik (edukator) dan sebagai fasilitator dalam menangani permasalahan yang dihadapi pasien. Perawat harus memahami dengan benar perawatan dan pengobatan yang tepat pada pasien CKD. Perawatan pasien dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Tindakan mandiri perawat dan kolaborasi sangat diperlukan dalam perawatan pasien untuk

untuk mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menjalankan program nawacita Presiden yakni Indonesia Sehat dengan tiga fokus utama. Ketiga fokus tersebut adalah tentang paradigma sehat yang memberikan pemahaman agar masyarakat yang sehat tetap sehat dan yang sakit tidak memburuk keadaannya, fokus penguatan pelayanan kesehatan dengan mengadakan Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang menjadi kewajiban pemerintah daerah, juga fokus Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) salah satunya dengan adanya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Ada 9 (sembilan) program unggulan dalam memerangi gagal ginjal. Antara lain; Posbindu; Pelayanan Terpadu PTM (Penyakit Tidak Menular); Kawasan Tanpa Rokok; Konseling Upaya Berhenti Merokok; Kampanye CERDIK; Pembatasan Konsumsi Gula; Garam, dan Lemak; IVA dan Sadanis; Tajam Pendengaran Penglihatan dan Disabilitas.

Berdasarkan masalah di atas, maka penulis tertarik melakukan studi kasus tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan chronic kidney disease (CKD) di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan umum

Menggambarkan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan CKD.

1.2.2. Tujuan khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. A.H dengan CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
3. Mahasiswa mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. A.H dengan CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1. Manfaat Teori

Studi kasus ini dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

1.3.2. Manfaat praktis

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah CKD.

2. Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan referensi dalam proses pembelajaran dan pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan pada klien dengan kasus CKD

3. Bagi pelayanan keperawatan

Studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan kasus CKD. Selain itu juga menjadi bahan evaluasi bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan/asuhan keperawatan pada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori CKD

2.1.1. Pengertian

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer & Bare, 2001)

Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun) (Price & Wilson, 2005)

Gagal ginjal kronis adalah kondisi penyakit pada ginjal yang persisten (keberlangsungan lebih dari 3 bulan dengan kerusakan ginjal dan kerusakan glomerulus filtration rate (GFR) dengan angka $GFR < 60 \text{ ml/menit/1.73m}^2$ (MC Cllelan (2006).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dan sudah berlangsung lama, sehingga mengakibatkan gangguan yang persisten dan mengganggu berbagai sistem tubuh.

2.1.2. Klasifikasi CKD (Prabowo,Eko.2014)

Perlu diketahui klasifikasi dari derajat gagal ginjal kronis untuk mengetahui tingkat prognosanya.

Stage	Deskripsi	GFR (ml/menit/1.73m ²)
1	Kidney damage with normal or increase of GFR	≥ 90
2	Kidney damage with mild decrease GFR	60-89
3	Moderate decrease of GFR	30-59
4	Severe decrease of GFR	15-29
5	Kidney Failure	<15 (or dialysis)

2.1.3. Etiologi (Prabowo,Eko.2014)

Gagal ginjal kronis sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder (*secondary illness*). Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu ada penyebab lainnya dari gagal ginjal kronis diantaranya:

1. Penyakit dari ginjal :
 - a. Penyakit pada saringan (glomerulus) : glomerulonefritis.
 - b. Infeksi kronis : pyelonefritis, ureteritis.
 - c. Batu ginjal : nefrolitiasis.
 - d. Kista di ginjal : polycystis kidney.
 - e. Trauma langsung pada ginjal.
 - f. Keganasan pada ginjal.
 - g. Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur
2. Penyakit umum di luar ginjal:
 - a. Penyakit sistemik : diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi
 - b. Dyslipidemia
 - c. SLE (Systemic Lupus Erythematosus)
 - d. Infeksi di badan : TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
 - e. Preeklampsia
 - f. Obat-obatan
 - g. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar)

2.1.4. Patofisiologi (Suzanne & Bare,2001)

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya karena

jumlah nefron yang rusak bertambah banyak oliguri timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian nilai kreatinin clearance turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah itu.

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, akan semakin berat.

a). Gangguan klirens ginjal

Banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang sebenarnya dibersihkan oleh ginjal.

Penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24-jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Menurut filtrasi glomerulus (akibat tidak berfungsinya glomeruli) klirens kreatinin akan menurunkan dan kadar kreatinin akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang paling sensitif dari fungsi karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit renal, tetapi juga oleh masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

b). Retensi cairan dan ureum

Ginjal juga tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir, respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, tidak terjadi. Pasien sering menahan natrium dan cairan, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivasi aksis rennin angiotensin dan kerja sama keduanya meningkatkan sekresi aldosteron. Pasien lain mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam, mencetuskan resiko hipotensi

dan hipovolemia. Episode muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik.

c). Asidosis

Dengan semakin berkembangnya penyakit renal, terjadi asidosis metabolic seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk menyekresi ammonia (NH_3^-) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat (HCO_3) . penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain juga terjadi.

d). Anemia

Anemia timbul sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran gastrointestinal. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi, disertai keletihan, angina dan sesak napas.

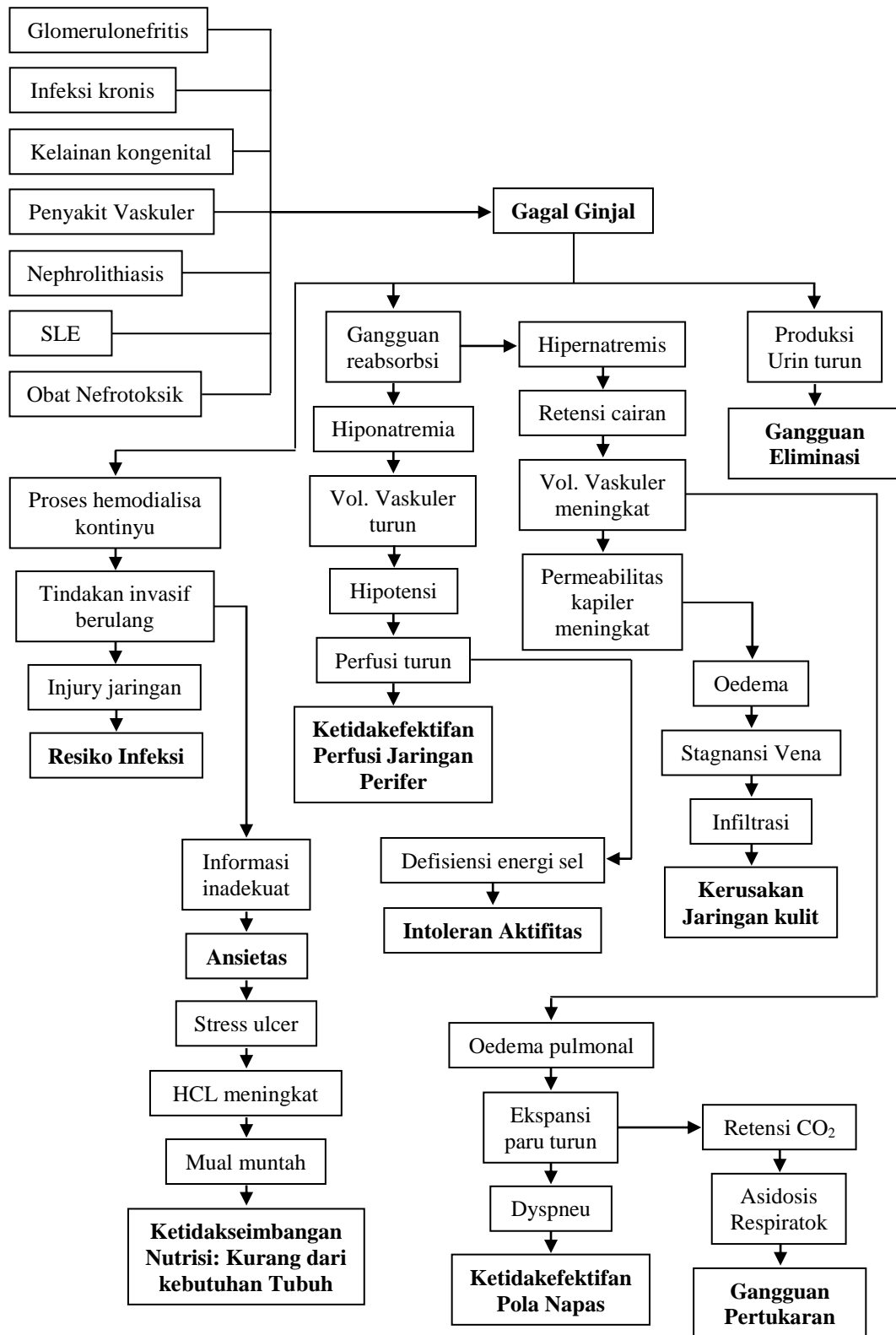
e). Ketidakseimbangan Kalsium dan Fosfat

Abnormalitas yang utama pada gagal ginjal kronis adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, maka yang satu menurun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar serum fosfat dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun, pada gagal ginjal tubuh tak berespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parathormon dan mengakibatkan perubahan pada tulang dan pebyakit tulang. Selain itu juga metabolit aktif vitamin D (1,25-dehidrokolekalsiferol) yang secara normal dibuat di ginjal menurun

f). Penyakit tulang uremik

Disebut Osteodistrofi renal, terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat dan keseimbangan parathormon.

2.1.5. Pathway (Prabowo,Eko. 2014)



2.1.6. Manifestasi Klinis (Kardiyudiani & Brigitta 2019)

Tanda dan gejala penyakit ginjal kronis berkembang seiring waktu jika kerusakan ginjal berlangsung lambat. Tanda dan gejala penyakit ginjal mungkin termasuk :

- a). Mual
- b). Muntah
- c). Kehilangan nafsu makan
- d). Kelelahan dan kelemahan
- e). Masalah tidur
- f). Perubahan volume dan frekuensi buang air kecil
- g). Otot berkedut dan kram
- h). Pembengkakan kaki dan pergelangan kaki
- i). Gatal terus menerus
- j). Nyeri dada jika cairan menumpuk di dalam selaput jantung
- k). Sesak napas jika cairan menumpuk di paru-paru
- l). Tekanan darah tinggi yang sulit dikendalikan

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang (Doenges, 2000)

1) Urin

- Volume : biasanya kurang dari 400cc/24 jam atau tak ada (anuria)
- Warna : secara abnormal urin keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat atau uratesedimen kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, porfirin
- Berat jenis; kurang dari 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat
- Osmolalitas; kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan ginjal tubular dan rasio urin/serum sering 1:1
- Klirens kreatinin; menurun
- Natrium; lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium
- Protein; derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus bila SDM dan fragmen juga ada

2) Darah

- BUN/kreatinine meningkat, kadar kreatinin 10 mg/dl diduga tahap akhir
- Hb menurun pada adanya anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8 gr/db
- SDM; menurun, defisiensi eritropoitin
- GDA; asidosis metabolik, ph kurang dari 7,2
- Natrium serum; rendah
- Kalium; meningkat
- Magnesium; meningkat
- Kalsium; menurun
- Protein (albumin); menurun

3) Osmolalitas serum; lebih dari 285 mOsm/kg

4) Pelogram retrograd; abnormalitas pelvis ginjal dan ureter

5) Ultrasono ginjal; menentukan ukuran ginjal dan adanya masa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas

6) Endoskopi ginjal, nefroskopi; untuk menentukan pelvis ginjal, keluar batu, hematuria dan pengangkatan tumor selektif

7) Arteriogram ginjal; mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskular, masa

8) EKG; ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

9) Foto polos abdomen; menunjukkan ukuran ginjal/ureter /kandung kemih dan adanya obstruksi (batu).

GFR / LFG dapat dihitung dengan formula Cockcroft-Gault :

Laki-laki :

$$CCT = \frac{(140 - \text{umur}) \times BB \text{ (kg)}}{72 \times \text{Kreatinin serum (mg/dl)}}$$

Wanita :

$$CCT = \frac{(140 - \text{umur}) \times BB \text{ (kg)}}{72 \times \text{Kreatinin serum (mg/dl)}} \times 0,85$$

Perhitungan terbaik LFG adalah dengan menentukan bersihan kreatinin yaitu :

$$\text{Bersihan Kreatinin} = \frac{\text{Kreatinin Urin (mg/dl) } \times \text{Vol. Urin (mL/24 jam)}}{\text{Kreatinin serum (mg/dl) } \times 1440 \text{ menit}}$$

Nilai normal :

Laki-laki : 97 - 137 mL/menit/1,73 m³ atau 0,93 - 1,32 mL/detik/m²

Wanita : 88-128 mL/menit/1,73 m³ atau 0,85 - 1,23 mL/detik/m²

2.1.8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah (Prabowo, 2014)) :

- 1) Penyakit Tulang. Penurunan kadar kalsium secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis.
- 2) Penyakit Kardiovaskuler. Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).
- 3) Anemia. Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoietin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.
- 4) Disfungsi seksual. Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impoten pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Keperawatan (Prabowo,2014)

- 1). Identitas

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut.

- 2). Keluhan utama : sangat bervariasi, keluhan berupa urine output menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus. Kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan zat sisa metabolisme/toksik dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi.
- 3). Riwayat penyakit sekarang : Pada klien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, penurunan pola nafas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. Selain itu, karena berdampak pada metabolisme, maka akan terjadi anoreksia, nausea, dan vomit sehingga beresiko untuk terjadi gangguan nutrisi.
- 4). Riwayat penyakit dahulu: informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulonefritis, infeksi kuman; pyelonefritis, ureteritis, nefrolitiasis, kista di ginjal: polycystis kidney, trauma langsung pada ginjal, keganasan pada ginjal, batu, tumor, penyempitan/striktur, diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi, infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis, preeklamsi.
- 5). Riwayat Kesehatan keluarga. Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular atau menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap penyakit gagal ginjal kronik, karena penyakit tersebut bersifat hereditas.
- 6). Fokus Pengkajian (Doenges, 2000).
 1. Aktivitas /istirahat
Gejala : Kelelahan ekstrem; kelemahan malaise; Gangguan tidur (insomnis/gelisah atau somnolen)
Tanda; kelemahan otot; kehilangan tonus; penurunan rentang gerak
 2. Sirkulasi
Gejala : Riwayat hipertensi lama atau berat; Palpitasi, nyeri dada (angina)
Tanda : Hipertensi; nadi kuat; edema jaringan umum dan pitting pada

kaki dan telapak tangan; Disritmia jantung; Nadi lemah halus; hipotensi ortostatik; Friction rub perikardial; Pucat pada kulit; Kecenderungan perdarahan

3. Integritas ego

Gejala : Faktor stress contoh finansial, hubungan dengan orang lain; Perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekakuan

Tanda : Menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian

4. Eliminasi

Gejala : Penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut); Abdomen kembung, diare, atau konstipasi

Tanda : Perubahan warna urin, contoh kuning pekat, merah, coklat berawan; Oliguria, dapat menjadi anuria

5. Makanan/cairan

Gejala : Peningkatan BB cepat (edema), penurunan BB (malnutrisi); Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernafasan amonia)

Tanda : Distensi abdomen/ansietas, pembesaran hati (tahap akhir); Perubahan turgor kulit/kelembaban; Edema (umum, tergantung); Ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah; Penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga

6. Neurosensori

Gejala : Sakit kepala, penglihatan kabur; Kram otot/kejang, sindrom kaki gelisah, kebas rasa terbakar pada telapak kaki; Kebas/kesemutan dan kelemahan khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer).

Tanda : Gangguan status mental, contohnya penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma.; Kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang; Rambut tipis, uku rapuh dan tipis.

7. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki

Tanda : Perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah

8. Pernapasan

Gejala : Napas pendek, dispnea nokturnal paroksismal, batuk dengan/tanpa Sputum

Tanda : Takipnea, dispnea, pernapasan kusmaul; Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru)

9. Keamanan

Gejala : Kulit gatal, ada/berulangnya infeksi

Tanda : Pruritus; Demam (sepsis, dehidrasi)

10. Seksualitas

Gejala : Penurunan libido, amenorea, infertilitas

11. Interaksi sosial

Gejala : Kesulitan menurunkan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran dalam keluarga.

12. Penyuluhan : Riwayat DM keluarga (resti GGK), penyakit pokikistik, nefritis hereditas, kalkulus urinaria; Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan; Penggunaan antibiotik retroteksik saat ini berulang.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronis (GGK) (Prabowo,2014) adalah **1) Kelebihan volume cairan (00026)** Definisi : Peningkatan retensi cairan isotonik, dengan **Batasan Karakteristik** : Bunyi napas adventisius; Gangguan elektrolit; Anasarka; Ansietas; Azotemia; Perubahan tekanan darah, status mental, pola pernapasan; Penurunan hematokrit, hemoglobin; Dyspneu; Asupan melebihi haluaran; Oliguria, ortopnea, dan elusi pleura; Perubahan tekanan arteri pulmonal; Perubahan BJ urine; Bunyi jantung S3; Penambahan berat badan dalam waktu singkat. **Faktor yang Berhubungan** dengan Gangguan mekanisme regulasi; Kelebihan asupan cairan; Kelebihan asupan natrium. **2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)** Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik, dengan **Batasan Karakteristik** : Kram abdomen dan nyeri abdomen; Menghindari makanan; Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal atau

penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat; Kerapuhan kapiler; Diare; Kehilangan rambut berlebihan; Bising usus hiperaktif; Kurang makanan dan kurang informasi; Kurang minat terhadap makanan; Membran mukosa pucat; Ketidakmampuan memakan makanan; Tonus otot menurun; Mengeluh gangguan sensasi rasa; Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (Recommended Daily Allowance); Sariawan rongga mulut; Steatore; Kelemahan otot pengunyah dan otot untuk menelan. **Faktor yang Berhubungan :** Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi; Ketidakmampuan untuk mencerna makanan; Ketidakmampuan menelan makanan; Faktor psikologis. **3) Intoleran aktivitas (00092)** Definisi : Ketidacukupan energi psikologis/fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau ingin dilakukan. **Batasan Karakteristik :** Dispnea setelah beraktivitas; Kelelahan; Ketidaknyamanan setelah beraktivitas; Perubahan elektrokardiogram (EKG) (mis, aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia); Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas; Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. **Faktor yang Berhubungan :** Gaya hidup kurang gerak; Imobilitas; Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; Tirah baring. **4) Defisiensi pengetahuan (00126)** Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. **Batasan Karakteristik :** Perilaku hiperbola; Ketidakakuratan mengikuti perintah; Ketidakakuratan melakukan tes; Perilaku tidak tepat (misalnya histeria, bermusuhan agitasi, apatis); Pengungkapan masalah. **Faktor yang Berhubungan :** Keterbatasan kognitif; Salah interpretasi informasi; Kurang pajanan; Kurang dapat mengingat; Tidak familiar dengan sumber informasi

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan masalah keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis NANDA -1 NIC NOC) :

1) Kelebihan volume cairan b.d penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan air dan menahan natrium. Hasil yang diharapkan adalah : Masukan dan haluaran seimbang; Berat badan stabil; Bunyi napas dan jantung normal. **NOC :** Elektrolit dalam batas normal dengan **Intervensi yang direncanakan :** Pantau balance cairan/24 jam; Timbang BB harian; Pantau

peningkatan tekanan darah; Monitor elektrolit darah; Kaji edema perifer dan distensi vena leher; Batasi masukan cairan. **2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** faktor yang berhubungan dengan **ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis. Nursing Outcome Classification (NOC)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam klien akan : 1008. Nutritional Status: Food and Fluid Intake, (0303) Self-Care: Eating, (1006) Weight Body Mass yang dibuktikan dengan (1. Sangat Berat, 2. Berat, 3. Sedang, 4 Ringan Gangguan) dengan **Kriteria Hasil** : Intake makanan per oral (spontan/naso feeding) adekuat; Intake cairan (per oral/parenteral) adekuat; Nutrisi parenteral adekuat; Menyatakan nafsu makan baik; Menyantap makanan dengan maksimal dan mengunyah dengan baik; Menghabiskan porsi makanan tanpa adanya gangguan; Tidak ada gangguan selama proses makan (mual/muntah); Berat badan ideal; Masa otot triceps, biceps dan subskapularis memadai; Lemak pada panggul (wanita) memadai; Lemak di leher (pria) memadai; Lingkar kepala memadai dalam standar normal (anak); Proporsi antara tinggi badan dan berat badan normal (anak). **Nursing Intervention Classification (NIC)1100. Nutrition Management ,Aktifitas Keperawatan** : Kaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi klien; Identifikasi klien tentang riwayat alergi makanan dan kaji makanan kesukaan klien; Instruksikan kepada klien tentang cara pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal (misalnya dengan pelaksanaan diet sesuai anjuran); Hitung kebutuhan kalori klien setiap hari dan sediakan aneka ragam makanan sesuai keinginan klien; Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk mendukung nafsu makan klien; Anjurkan klien/keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan; Rencanakan pemberian obat untuk mengatasi gejala yang mengganggu nafsu makan (nyeri, mual muntah); Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat; Atur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit (indikasi dan kontraindikasi); Berikan nutrisi tinggi serat untuk memperlancar proses pencernaan; Monitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari; Monitoring trend peningkatan/penurunan

berat badan tiap hari. **(1120) Nutrition Therapy Aktifitas Keperawatan** : Kaji status nutrisi klien; Monitoring asupan cairan dan makanan serta hitung indeks kalori per hari; Kolaborasi dengan ahli gizi tentukan jumlah kalori klien per hari; Tentukan jenis asupan makanan yang akan di berikan dengan mempertimbangkan aspek budaya dan agama klien; Berikan nutrisi tambahan (suplemen); Anjurkan klien untuk makan makanan meminimalisir kerja saliva dan rongga mulut; Dorong asupan makanan tinggi kalsium dan kalium sesuai anjuran/diet); Anjurkan klien mengkonsumsi serat tinggi untuk memperlancar memproses pencernaan; Siapkan pemberian makanan via sonde feeding diperlukan; Jaga kebersihan selang feeding setelah memberikan makanan cairan; Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan klien; Bantu klien dalam mereposisi tubuh yang nyaman saat akan makan. **(1803) Self-Care Assistance : Feeding Aktifitas Keperawatan** : Kaji kemampuan klien untuk menelan untuk menentukan tipe diet; Siapkan makanan di meja saji yang mudah dijangkau klien; Yakinkan alat bantu makan klien dalam kondisi baik untuk membantu mengunyah dan menelan; Bantu klien untuk mengambil makanan, jika perlu suapi klien; Bersihkan rongga mulut klien (oral hygiene) sebelum klien makan dan untuk meningkatkan kenyamanan; Atur posisi klien senyaman mungkin untuk makan; Sediakan makanan dan minuman klien dengan suhu hangat; Monitoring kontinyu berat badan dan status hidrasi klien; Batasi interaksi sosial ketika klien dalam kondisi makan. **3) Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.** Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktifitas selama dalam perawatan. Obyektif : Pasien akan mempertahankan keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen selama dalam proses keperawatan. Outcome : Dalam waktu 3x24 jam pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktifitas. **Noc label 1** Toleransi terhadap aktifitas : Saturasi oksigen ketika beraktifitas; Frekuensi nadi ketika beraktifitas; Frekuensi pernafasan ketika beraktifitas; Kemudahan bernafasan ketika beraktifitas. **Nic label 1 Terapi aktifitas** : Pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktifitas spesifik; Dorong aktifitas yang kreatif yang tepat; Bantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam level aktivitas tertentu; Bantu dengan aktifitas fisik secara

teratur (Misalnya, ambualansi transfer/berpindah, berputar dan kebersihan diri) sesuai dengan kebutuhan; Ciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan otot untuk secara berskala sesuai dengan indikasi; Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktifitas, dengan cara yang tepat. **4) Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi.** Nursing Outcome Classification (NOC) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam klien akan (1847) Knowledge : Chronic Disease Management; (1857) Knowledge : Kidney Disease Management yang dibuktikan dengan indikator (1. Tidak Tahu. 2. Pengetahuan Terbatas. 3. Pengetahuan Cukup Baik, 4. Pengetahuan Baik, 5. Pengetahuan Baik). **Kriteria Hasil :** Mampu menjelaskan faktor penyebab penyakit dan proses penyakit; Mampu menyebutkan tanda dan gejala dari penyakitnya; Mampu menjelaskan komplikasi dari penyakitnya; Mampu menjelaskan strategi untuk mencegah komplikasi; Mampu menjelaskan strategi untuk menyeimbangkan antara aktifitas dan istirahat; Mampu menjelaskan strategi dalam mengatasi nyeri; Mampu melaksanakan terapi medis dengan benar (minum obat); Mampu menjelaskan efek farmakologis pengobatan dan efek samping terapeutik; Mengikuti perintah diet sesuai anjuran; Mampu melakukan tindakan kegawatan dini jika terjadi serangan penyakitnya; Mampu menjelaskan strategi dalam mencegah mual muntah. **Nursing Interventions Classification (NIC) (5602) Teaching : Disease Process, Aktifitas Keperawatan :** Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai proses penyakitnya; Terangkan kepada klien tentang proses terjadinya penyakit pada dirinya dengan bahasa yang mudah dimengerti; Evaluasi tingkat pengetahuan pasien dengan menanyakan kembali seputar penyakitnya Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien; Diskusikan dengan pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; Dorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan; Instruksikan klien untuk mengukur efek samping dari penyakitnya; Perkuat informasi dengan memberikan informasi tambahan yang kompleks oleh tim kesehatan. **(5618) Teaching : Procedure/Treatment dengan Aktifitas Keperawatan :**

Informasikan kepada klien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan; Informasi kepada klien tentang lama (waktu) serta cara tindakan akan dilakukan; Libatkan seluruh tim dalam penjelasan prosedur kepada klien; Kaji pengetahuan klien sebelumnya dan kaji riwayat dahulu tentang tindakan yang akan dilakukan; Rencanakan prosedur tindakan; Lakukan informed consent dengan benar kepada klien; Perkenalkan diri saat akan melakukan tindakan; Anjurkan klien untuk menggunakan teknik distraksi selama tindakan berlangsung; Libatkan keluarga (jika dibutuhkan) selama prosedur berlangsung; Evaluasi efektifitas tindakan dan komunikasikan kepada klien.

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Untuk diagnosa **1) Kelebihan volume cairan** implementasi yang dilakukan seperti: 1) Memantau balance cairan/24 jam; 2) menimbang BB harian; 3) memantau peningkatan tekanan darah; 4) memonitor elektrolit darah; 5) mengkaji edema perifer dan distensi vena leher; 6) membatasi masukan cairan. **2) Ketidakseimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh** implementasi yang dilakukan seperti: **(1100) Nutrition Management**, Aktifitas Keperawatan : 1) mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi klien; 2) mengidentifikasi klien tentang riwayat alergi makanan dan kaji makanan kesukaan klien; 3) menginstruksikan kepada klien tentang cara pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal (misalnya dengan pelaksanaan diet sesuai anjuran); 4) menghitung kebutuhan kalori klien setiap hari dan sediakan aneka ragam makanan sesuai keinginan klien; 5) menciptakan lingkungan yang nyaman untuk mendukung nafsu makan klien; Anjurkan klien/keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan; 6) merencanakan pemberian obat untuk mengatasi gejala yang mengganggu nafsu makan (nyeri, mual muntah); 7) menyajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat; 8) mengatur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit indikasi dan kontraindikasi); 9) memberikan nutrisi tinggi serat untuk memperlancar proses pencernaan; 10) memonitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari; 11) memonitoring trend peningkatan/penurunan berat badan tiap hari. **(1120) Nutrition Therapy** **Aktifitas Keperawatan** : 1) mengkaji status nutrisi klien; 2) memonitoring

asupan cairan dan makanan serta hitung indeks kalori per hari; 3) melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentukan jumlah kalori klien per hari; 4) tentukan jenis asupan makanan yang akan di berikan dengan mempertimbangkan aspek budaya dan agama klien; 5) berikan nutrisi tambahan (suplemen); 6) menganjurkan klien untuk makan makanan meminimalisir kerja saliva dan rongga mulut; 7) mendorong asupan makanan tinggi kalsium dan kalium sesuai anjuran/diet); 8) menganjurkan klien mengkonsumsi serat tinggi untuk memperlancar proses pencernaan; 9) menciptakan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan klien; 10) membantu klien dalam mereposisi tubuh yang nyaman saat akan makan. **(1803) Self-Care Assistance : Feeding Aktivitas Keperawatan :**

1) mengkaji kemampuan klien untuk menelan untuk menentukan tipe diet; 2) menyiapkan makanan di meja saji yang mudah dijangkau klien; 3) membantu klien untuk mengambil makanan, jika perlu suapi klien; 4) membersihkan rongga mulut klien (oral hygiene) sebelum klien makan dan untuk meningkatkan kenyamanan; 5) mengatur posisi klien senyaman mungkin untuk makan; 6) menyediakan makanan dan minuman klien dengan suhu hangat; 7) memonitoring kontinyu berat badan dan status hidrasi klien; 8) membatasi interaksi sosial ketika klien dalam kondisi makan. Untuk diagnosa **3) Intoleransi Aktivitas**, implementasi yang dilakukan seperti : **Terapi aktivitas :**

1) mempertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik; 2) mendorong aktivitas yang kreatif yang tepat; 3) membantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam level aktivitas tertentu; 4) membantu dengan aktivitas fisik secara teratur (Misalnya, ambulasi transfer/berpindah, berputar dan kebersihan diri) sesuai dengan kebutuhan; 5) menciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan otot untuk secara berskala sesuai dengan indikasi; 6) memberikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktifitas, dengan cara yang tepat. Untuk diagnosa **4) Defisiensi pengetahuan** implementasi yang dilakukan seperti :

(5602) Teaching : Disease Process, **Aktivitas Keperawatan :** 1) menilai tingkat pengetahuan klien mengenai proses penyakitnya; 2) menerangkan kepada klien tentang proses terjadinya penyakit pada dirinya dengan bahasa yang mudah dimengerti; 3) mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dengan

menanyakan kembali seputar penyakitnya; 4) menyediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien; 5) mendiskusikan dengan pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; 6) mendorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan; 7) menginstruksikan klien untuk mengukur efek samping dari penyakitnya; 8) memperkuat informasi dengan memberikan informasi tambahan yang kompleks oleh tim kesehatan.

(5618) Teaching : Procedure/Treatment dengan **Aktifitas Keperawatan** : 1) menginformasikan kepada klien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan; 2) menginformasi kepada klien tentang lama (waktu) serta cara tindakan akan dilakukan; 3) melibatkan seluruh tim dalam penjelasan prosedur kepada klien; 4) mengkaji pengetahuan klien sebelumnya; 5) melibatkan keluarga (jika dibutuhkan) selama prosedur berlangsung .

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setelah melakukan implementasi dengan tujuan untuk melihat hasil dari tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien. Hasil yang di dapatkan untuk ke empat diagnosa di atas yaitu : **1) Diagnosa kelebihan volume cairan**, diharapkan masukan dan haluaran seimbang, BB stabil, bunyi jantung dan napas normal, elektrolit dalam batas normal; **2) Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** diharapkan napsu makan meningkat, tidak terjadi penurunan BB, masukan nutrisi adekuat, menghabiskan porsi makan; **3) Diagnosa Intoleran aktivitas** diharapkan mampu mendemonstrasikan peningkatkan aktivitas yang dibuktikan dengan pengungkapan berkurangnya kelemahan dan dapat beristirahat secara cukup dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari; **4) Diagnosa Defisiensi pengetahuan** diharapkan pasien dan orang terdekat dapat mengungkapkan, mengerti tentang gagal ginjal, batasan diet, cairan, rencana kontrol dan mengukur pemasukan dan haluran urin.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran tempat atau Lokasi penelitian

RSUD Prof Dr W.Z Yohanes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Salah satu ruang rawat inap yang ada di RSUD Prof Dr W.Z Yohanes Kupang adalah kelas II/Komodo yang dijadikan sebagai lokasi penelitian studi kasus tentang gagal ginjal kronik. Ruang Komodo sebagai ruang kelas II laki-laki rawat inap mempunyai kapasitas 5 ruangan dan tiap ruangan terdiri dari 4 tempat tidur dengan fasilitas lemari masing-masing. Jumlah rata-rata pasien sekitar 12 orang dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 25 orang.

3.1.2 Karakteristik Pasien (Identitas Pasien)

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD yang telah dilakukan pada Tn. A.H pada tanggal 27 Mei sampai dengan 29 Mei 2019 di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang. Data tentang status pasien dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien) sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

3.1.3. Pengkajian

Pengkajian dan pengumpulan data tentang status sehat sakit pasien menggunakan format pengkajian dewasa dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 jam 15.00 wita. Proses pengumpulan data sehat sakit pasien dilakukan dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik dan data pendukung seperti hasil laboratorium. Data sehat sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan sekunder. Data primer merupakan data

yang diperoleh dari sumber asli (pasien) sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga) sedangkan data objektif adalah data yang didapatkan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang.

Hal-hal yang dikaji meliputi keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien. Keluhan utama yang dirasakan pasien saat ini badan lemah, pusing serta mual muntah. Keluhan ini dirasakan pasien sejak tanggal 10 Mei 2019, sifat keluhannya menetap. Pasien juga mengeluh pusing saat beraktivitas serta kurang nafsu makan. Pasien mengatakan pernah dicurigai menderita hipertensi tetapi tidak menjalani pengobatan. Tahun 2015 pasien menjalani operasi benjolan dileher/struma, pasien tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak mengkonsumsi obat-obatan. Kebiasaan minum kopi 1 (satu) cangkir setiap pagi.

Riwayat Keluarga/Genogram Pasien mengatakan; ayahnya memiliki 5 bersaudara dari oma dan opa yang sudah almarhum dan almarhumah yaitu laki-laki 2 orang, perempuan 3 orang, dan ayahnya anak pertama dan sudah almarhum. Sedangkan ibunya memiliki 4 bersaudara dari oma dan opa yang sudah almarhum dan almarhumah yaitu laki-laki 2 orang, perempuan 2 orang, dan ibunya anak pertama juga sudah almarhum. Dari perkawinan ayah dan ibu mempunyai 6 orang anak yaitu laki-laki 4 orang dan perempuan 2 orang, dimana pasien anak ke-4. Saudara yang pertama sudah meninggal diwaktu masih remaja karena mengalami kecelakaan lalu lintas. Pasien juga mengatakan sejak dari opa dan oma keluarganya tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang dialaminya saat ini.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien saat diobservasi; kesadaran composmentis, pasien tampak lemah. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmHg; Suhu 36,6°C; Nadi 76/menit; pernapasan 20x/menit; SpO₂ 99%; BB 39kg; TB145cm. Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing, bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, tidak ada lesi, tidak ada masa, observasi wajah simetris. Penglihatan; konjungtiva pucat, sklera ikterik, pasien menggunakan kacamata

hanya saat membaca saja, pasien tidak pernah melakukan operasi sebelumnya. Pasien tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, tidak ada nyeri, tidak ada peradangan. Tidak ada riwayat alergi rhinitis, tidak ada riwayat polip, tidak ada sinusitis, tidak ada epistaksis. Tenggorokan dan mulut; keadaan gigi kotor, tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu, tidak mengalami gangguan bicara, tidak mengalami gangguan menelan dan tidak ada pembesaran kelenjar leher. Tidak ada nyeri dada, kesadaran composmentis, penilaian GCS GCS (E/V/M) 4/5/6, CRT <3 detik, bentuk dada normal, bibir normal tidak ada sianosis, kuku normal tidak ada sianosis, telapak tangan pucat, tidak ada oedema pada kaki, Ictus cordis/Apical pulse teraba, tidak ada pembesaran pada vena jugularis, BJ I dan II normal, tidak terdapat murmur. Tidak terdapat kelainan pada sistem respirasi; pengembangan dada normal, tidak ada jejas, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, saat di perkusi tidak ada cairan, saat diauskultasi tidak ada ronchi dan wheezing. Sistem pencernaan; adanya keluhan mual, muntah, turgor kulit jelek, keadaan bibir kering/pucat, warna mukosa pucat dan kering, tidak ada luka/perdarahan, tidak ada tanda-tanda radang, keadaan gusi normal. Keadaan abdomen; kehitaman, kering dan keriput, tidak ada luka dan tidak ada pembesaran. Keadaan rektal; tidak ada luka, tidak ada perdarahan, tidak ada hemoroid, tidak ada lecet dan pembengkakan pada rektal. Saat di auskultasi bising usus 12x/menit. Saat di palpasi tonus otot normal, tidak ada nyeri tekan. Tidak ada keluhan pada sistem persarafan, tingkat kesadaran composmentis, GCS (E/M/V) : 4/5/6, pupil isokor, tidak adanya kejang, kelumpuhan dan parasthesia, koordinasi gerak, Carnial nerves dan reflexes normal. Sistem Musculoskeletal; tidak ada keluhan, tidak terdapat kelainan ekstermitas, nyeri otot dan sendi, refleksi sendi normal, aktivitas memerlukan bantuan. Turgor jelek, kering dan keriput, warna agak kehitaman. Pasien menggunakan alat bantu kateter, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih, produksi urin 1500cc/hari kali sehari, berwarna kuning pekat, berbau khas. Intake cairan oral 100 cc/hari, parenteral 500cc/24 jam, bentuk alat kelamin dan uretra normal. Sedangkan pada sistem endokrin dan reproduksi tidak ada keluhan.

Pola kegiatan sehari-hari; pola nutrisi; pasien mengatakan napsu makan menurun saat sakit, porsi makan yang dihabiskan 2-3 sendok setiap kali makan. kebiasaan makan 3x sehari, makanan bervariasi (disiapkan oleh Instalasi Gizi Rumah Sakit) dan terkadang tidak menghabiskan porsi makan. Pasien melakukan diet rendah protein, makanan pantangan labu siam, patola, telur. Pasien mengatakan minum air putih dalam sehari saat sehat: ± 8 gelas (1 ceret) ± 1.600 cc, BB awal 47 kg, BB saat sakit 39 kg, TB 145 cm, LILA 19 cm. BBI $(145-100)-10\%$ $(145-100)= 41,5$ kg, IMT: $39/(1,45 \times 1,45)= 18,5 \text{kg/m}^2$, saat dilakukan penimbangan BB terdapat penurunan BB sebanyak 5,5kg., Perubahan selama sakit napsu makan berkurang, BB menurun. Pola Eliminasi; sejak awal masuk RS pasien mengalami oliguri (kencing 400cc/24jam), saat dilakukan pengkajian produksi urine 1500cc/24jam. Frekwensi dalam sehari 8-10 x/hari, warna kuning dan berbau khas. Pola Buang Air Besar (BAB) teratur 1-2 x/hari, warna kuning, bau busuk, konsistensi lembek, Selama sakit pasien mengatakan tidak bisa BAB/konstipasi (BAB 3 hari sekali), feses keras dan sedikit. Pola Olahraga dan aktivitas; pasien mengatakan tidak menyukai kegiatan olahraga, yang dilaksanakan secara teratur hanya jalan-jalan. Pola istirahat dan tidur; pasien mengatakan tidak pernah tidur siang dan tidur malam dari jam 21.00 wita sampai jam 05.00 wita. Pasien mengatakan tidur dengan nyenyak. Tidak ada gangguan saat tidur. Pola interaksi sosial; pasien mengatakan istri merupakan orang terdekat dengannya, aktif mengikuti organisasi gereja, memiliki rumah sendiri yang cukup untuk 5 orang anggota keluarganya. Keadaan rumah tidak bising, dan terhindar dari banjir. Pasien mengatakan dalam mengatasi suatu masalah dilakukan musyawarah mufakat dengan anggota keluarga (istri dan anak-anak). Dalam keseharian semua anggota keluarga saling berinteraksi dengan baik. Kegiatan keagamaan/spiritual; pasien mengatakan taat menjalankan ibadah sesuai dengan ajaran Katolik dan aktif mengikuti kegiatan organisasi gereja. Selama sakit; pasien mengatakan belum bisa menerima sakit yang diderita, keinginan kuat agar cepat sembuh selalu menjadi motivasi yang kuat dalam dirinya. Komunikasi dan interaksi dengan tenaga kesehatan; selama menjalani proses perawatan, pasien mengatakan peran dari tenaga kesehatan sangat membantu dalam menyampaikan advis/saran tentang penyakit yang diderita.

Data Laboratorium dan Diagnostik

Hasil pemeriksaan darah; tanggal 20 Mei 2019 dengan hasil; HB (13,0-18,0 gr/dL):**8,2** gr/dL; Jumlah eritrosit (4,50-6,20 /mm³):**7,1** /mm³; MCV (81,0-96,0fl): 1.220 fl; MCH (27,0-36,0 g/ dL):2,2 g/dL; Limfosit (20-40%):12,2 %; Kalium darah (11,0-17,0 mEq/L):**7,1** mEq/L; HGB (11,0-17,0g/dL):8,2 g/dl; RBC (4,0-5,5 /mm³):3,03 /mm³; HCT (40-54%):25,1 %; PLI (180-300 %):133,2 %; Ureum (16,8-43,4 Mg/dL):565,4 Mg/dL; Kreatinin (0,81-1,44 Mg/dL):11,33 Mg/dl; Natrium darah (132-147 mmol/L):125 mmol/L; Clorida darah (96-111 mEq/L):121 mEq/L; Calsium ion (1,120-1,3201,320 mg/dl):1,220 mg/dl; Total calsium (2,2-2,55 mg/dl):2,2 mg/dl. Tanggal 22 Mei 2019; HB (13,0-18,0): **5,7** gr/dl; Jumlah eritrosit (4,50-6,20): **7,1** /mm³; MCV (81,0-96,0):1.350 fl; MCH (27,0-36,0 g/dL):2,5 g/dL; Kalium darah (11,0-17,0):**6,8** mEq/L; Natrium darah (132-147):128 mmol/L; Clorida darah (96-111):108 mEq/L; Calsium ion (1,120-1,3201,320):1,320 mg/dl; Total calsium (2,2-2,55):2,4 mg/dl. Tanggal 23 Mei 2019; Jumlah eritrosit (4,50-6,20 /mm³): **6,8** /mm³; Hematokrit (40,0-54,0%):13.20%; MCV (81,0-96,0): 13.20 fl; MCH (27,0-36,0 g/dL):2,4 g/dL; Kalium darah (11,0-17,0): **3,3** mEq/L; Natrium darah (132-147): 134 mmol/L; Calsium ion (1,120-1,3201,320): 1,700 mg/dl; Total calsium (2,2-2,55):3,4 mg/dl. Tanggal 25 Mei 2019; HB (13,0-18,0):**6,5** gr/dl; GDS (80-110):138 mg/dl. Tanggal 26 Mei 2019; HB (13,0-18,0): **8,5** gr/dl; Jumlah eritrosit (4,50-6,20): 3.30 /mm³; Hematokrit (40,0-54,0):23,2 %; MCV (81,0-96,0):70,3 fl; MCH (27,0-36,0):2,58 g/dL; Jumlah leukosit (4,0-10,0):8,67 μ /l; Neutrofil (50-70):88,1 %; Limfosit (20-40):2,4 %; Monosit (2-8):9,1; Jumlah neutrofil (1,50-7,00):7,63 %; Jumlah limfosit (1,00-3,70):0,21 %; Jumlah monosit (0,00-0,70):0,79 %; Jumlah trombosit (150-400):0,79 mcL; Albumin (3,5-5,2):3,4; Kalium darah (11,0-17,0):2,7 mEq/L; Kreatinin (0,81-1,44 M):10,08 Mg/dl; Natrium darah (132-147):132 mmol/L; Clorida darah (96-111):116 mEq/L; Calsium ion (1,120-1,3201,320):1,200 mg/dl; Total calsium (2,2-2,55):2,5 mg/dl; BUN (< 48):125,0 mg/dL; Asam urat (1,9-7,9):5,8 mg/dL. Tanggal 28 Mei 2019; HB (13,0-18,0):**8,5** gr/dl; Jumlah eritrosit (4,50-6,20):**3,30** /mm³; Hematokrit (40,0-54,0):**23,4** %; MCV (81,0-96,0):70,9 fl; MCH (27,0-36,0):25,8 g/dL; Jumlah leukosit (4,0-10,0):10,32

μ/l; Neutrofil (50-70):82,1 %; Limfosit (20-40):4,6 %; Monosit (2-8):10,3 %; Jumlah neutrofil (1,50-7,00):8,48 %; Jumlah limfosit (1,00-3,70):0,47; Jumlah monosit (0,00-0,70):1,06 %; Jumlah trombosit (150-400):114 mcL; PCT (0,17-0,35):0,12 ng/ml; Albumin (3,5-5,2):3,3 g/dL; Kalium darah (11,0-17,0):2,8 mEq/L; Calsium ion (1,120-1,320):1,090 mg/dl.

Untuk pemeriksaan feces, urine dan diagnostik test tidak dilakukan pemeriksaan.

Penatalaksanaan/pengobatan

Pasien mendapatkan terapi pengobatan; IVFD : NaCL 0,9%, 500 cc/24 jam; Omeprazole 2x40 mg (IV); Metoclopramid 3x10 mg (IV); Cefryaxon 2gr dalam Ns 100 cc (selama 74 jam).

Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah : 1) Masalah keperawatan **Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** dengan etiologi **anoreksia (mual dan muntah)** ditandai dengan data **subjektif**; pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan sedikit, rasa mual dan muntah. Data **objektif**; pasien tampak lemah, kurus, porsi makan tidak dihabiskan, makan hanya 2 sendok, turgor kulit tidak elastis kulit kering dan keriput, Lila 19cm; BB awal 47kg, sekarang 39kg; TB 145 cm, IMT $39/(1,45 \times 1,45) = 18,5 \text{ kg/m}^2$ BBI $(145-100)-10\% \cdot (145-100) = 41,5 \text{ kg}$. 2) Masalah keperawatan **Konstipasi** dengan etiologi **kurang mobilisasi** yang ditandai dengan data **subjektif** : pasien mengatakan susah BAB, BAB 1 kali selama 3 hari. Data **objektif** : BAB sedikit, feses keras, perubahan pola BAB, penurunan frekuensi BAB. 3) Masalah keperawatan **Intoleransi aktifitas** dengan etiologi **ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** yang ditandai dengan data **subjektif** : pasien mengatakan badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar, pusing. Data **objektif** : kekuatan otot : lemah pada ekstermitas bawah, ADL : masih dibantu, Hb: 6,5 gr%. 4) **Defisiensi pengetahuan** dengan etiologi **kurang terpaparnya informasi** yang ditandai dengan data **subjektif** : pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di derita. Data **objektif** : pasien tampak bingung dan mencari informasi.

3.1.4. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah;

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia (mual dan muntah) yang ditandai dengan data subjektif; pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan sedikit, rasa mual dan muntah. Data objektif; pasien tampak lemah, kurus, porsi makan tidak dihabiskan, makan hanya 2 sendok, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, Lila:19 cm, BB awal 47kg, sekarang 39kg; TB:145cm, IMT $39/(1,45 \times 1,45)=18,5\text{kg/m}^2$, BBI: $(145-100)-10\%.(145-100)=41,5\text{kg}$.
- 2) Konstipasi yang berhubungan dengan imobilisasi yang ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan susah BAB, BAB 1 kali selama 3 hari. Data objektif : bising usus 12 kali/menit, BAB sedikit, feses keras, perubahan pola BAB, penurunan frekuensi BAB.
- 3) Intoleransi aktifitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar, pusing. Data objektif: kekuatan otot : lemah pada ekstermitas bawah, ADL : masih dibantu, Hb : 6,5 gr%.
- 4) Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yang ditandai dengan data subjektif : pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di derita. Data objektif : pasien tampak bingung dan mencari informasi.

3.1.5. Intervensi

1. Diagnosa Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah).

Goal : Pasien akan mempertahankan nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. **Objektif** : Outcomes : Dalam waktu 3x24 jam selama perawatan pasien akan menunjukkan; NOC : Nutritional status : 1) Nutritional status : food and fluid intake; 2) Self care: eating; 3) weight mass; **Kriteria hasil** : 1) Intake makanan per oral (spontan/naso feeding) adekuat; 2) Intake cairan (per oral/parenteral) adekuat; 3) Nutrisi parenteral adekuat; 4) Menyatakan nafsu

makan baik; 5) Menyiapkan makanan dengan baik; 6) Menyantap makanan dengan maksimal dan meng dengan baik; 7) Menghabiskan porsi makanan tanpa adanya gangguan; 8) Tidak ada gangguan selama proses makan (mual/muntah); 9) Berat badan ideal; 10) Masa otot triceps, biceps dan subskapularis memadai; 11) Lemak di leher (pria) memadai. **Rencana tindakan yang dilakukan** adalah: 1) Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat; 2) kolaborasi dengan tim medis untuk mengatasi gejala mual dan muntah; 3) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien CKD; 4) Anjurkan klien/keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan.

2. Diagnosa Keperawatan Konstipasi b/d imobilisasi

Goal : Pasien akan mempertahankan pola defikasi yang normal selama dalam perawatan.

Objekif : NOC : 1) Bowel elimination; 2) Hidration. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, konstipasi pasien teratasi dengan kriteria hasil : 1) Pola BAB dalam batas normal; 2) Feses lunak; 3) Cairan dan serat adekuat; 4) Aktivitas adekuat. NIC : Manajemen Konstipasi; 1) Ajarkan pasien melakukan mobilisasi di tempat tidur (miring kiri dan kanan; 2) Ajarkan ROM aktif dan pasif; 3) Identifikasi faktor yang menyebabkan konstipasi; 3) Monitor tanda-tanda ruptur bowel/peritonitis; 4) Konsultasi dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus.

3. Diagnosa Keperawatan Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktifitas selama dalam proses keperawatan. **Objektive** : Pasien akan mempertahankan keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen selama dalam proses keperawatan. **Outcomes** : Dalam waktu 3x24 jam pasien akan mengalami NOC label 1. Toleransi terhadap aktifitas; 1) Saturasi oksigen ketika beraktifitas; 2) Frekuensi nadi ketika beraktifitas; 3) Frekuensi pernapasan ketika beraktifitas; 4). Kemudahan bernapas ketika beraktifitas. Keterangan : 1) Sangat terganggu; 2) Banyak terganggu; 3) Cukup terganggu; 4) Sedikit terganggu. NIC label 1: Terapi aktifitas; 1) Ciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan; 2) Bantu dengan

aktifitas fisik secara teratur (Misalnya, ambulansi transfer/berpindah, berputar dan kebersihan diri) sesuai dengan kebutuhan; 3) Dorong aktifitas yang kreatif sesuai kemampuan; 4) berikan kesempatan keluarga untuk terlibat, dalam aktifitas dengan cara yang tepat.

4. Diagnosa Keperawatan Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Goal : Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan.

Objektif : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam, klien akan :

Knowledge : chronic disease management; 2) Knowledge : Kidney Disease

Managemet. **Kriteria hasil** : 1) mampu menjelaskan faktor penyebab dan

proses penyakit; 2) mampu menyebutkan tanda dan gejala dari penyakit; 3)

mampu menjelaskan strategi untuk mencegah komplikasi; 4) mampu

melaksanakan terapi medis dengan benar; 5) mengikuti perintah diet sesuai

anjuran; 6) mampu menjelaskan strategi dalam mencegah mual dan

muntah. NIC : Teaching : Disease Processl 1) Nilai tingkat pengetahuan

pasien; 2) Terangkan pada pasien tentang proses terjadinya penyakit; 3)

Evaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan

kembali tentang penyakit; 4) Diskusikan kepada pasien terkait dengan

terapi yang akan diberikan; 5) Dorong pasien untuk memberikan pendapat

atau keputusan pada setiap tindakan.

3.1.6. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 27 sampai dengan 29 Mei 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan di rancang dengan baik.

Hari pertama Tanggal 27 Mei 2019

- 1). **Diagnosa Keperawatan 1; Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (mual muntah).**

Implementasi; 1) Jam 08.00 mengkaji status nutrisi klien dan

kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien; 2) Jam 08.00 mengkaji

riwayat alergi dan makan kesukaan klien; 3) Jam 08.00 mengajarkan

keluarga untuk melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi); 4) Jam

8.10 memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; 5) jam

12.00 memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV lewat selang infus); 5) Jam 12.05 Memberikan pendidikan kesehatan tentang diet yang disarankan; 6) Jam 13.00 Menyajikan makanan dengan menarik dan keadaan hangat; 7) Jam 13.05 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi (menganjurkan makan buah yang tidak banyak mengandung air).

2). Diagnosa Keperawatan 2; Konstipasi b/d imobilisi.

Implementasi yang dilakukan antara lain; 1) Jam 08.00 Mengkaji faktor penyebab konstipasi; 2) Jam 08.30 Mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB; 3) Jam 09.00 Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan); 4) jam 11.00 mengajarkan ROM aktif dan pasif.

3). Diagnosa Keperawatan 3; Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Implementasi; 1) Jam 08.00 mengatur posisi klien (posisi powler); 2) Jam 08.30 mendorong aktifitas kreatif yang tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain); 3) Jam 09.00 membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya; 4) Jam 11.00 membantu aktifitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler); 5) Jam 12.05 mengajarkan keluarga untuk mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala; 6) Jam 13.00 mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktifitas.

4). Diagnosa Keperawatan 4; Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Implementasi yang dilakukan antara lain; 1) Jam 08.00 menilai tingkat pengetahuan pasien; 2) Jam 08.30 menerangkan kepada pasien tentang proses terjadinya penyakit CKD; 3) Jam 09.00 mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan kembali tentang penyakit CKD; 4) Jam 11.00 mendiskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; 5) Jam 12.05 Mendorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.

Hari kedua Tanggal 28 Mei 2019

Implementasi pada hari kedua untuk diagnosa;

1). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (mual muntah).

Implementasi; 1) Jam 08.00 mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien; 2) Jam 08.00 membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi); 3) Jam 8.10 memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; 4) Jam 12.00 memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV lewat selang infus); 5) Jam 13.00 Menyajikan makanan dengan menarik dan keadaan hangat; 6) Jam 13.05 memberikan ekstra puding sesuai diet pasien.

2). Diagnosa Keperawatan 2; Konstipasi b/d imobilisasi. Implementasi yang dilakukan antara lain; 1) Jam 08.00 mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB; 2) Jam 09.00 Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan); 3) Jam 11.00 mengajarkan ROM aktif dan pasif.

3). Diagnosa Keperawatan 3; Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Implementasi; 1) Jam 08.00 mengatur posisi klien (posisi powler); 2) Jam 08.30 mendorong aktifitas kreatif yang tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain); 3) Jam 09.00 membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya; 4) Jam 11.00 membantu aktifitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler); 5) Jam 12.05 mengajarkan keluarga untuk mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala; 6) Jam 13.00 mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktifitas fisik pasien.

4). Diagnosa Keperawatan 4; Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Implementasi yang dilakukan antara lain; 1) jam 08.00 menilai tingkat pengetahuan pasien; 2) jam 08.30 menerangkan kepada pasien tentang proses terjadinya penyakit CKD; 3) jam 09.00 mengevaluasi tingkat

pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan kembali tentang penyakit CKD; 4) Jam 11.00 mendiskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; 5) Jam 12.05 Mendorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.

Hari ketiga Tanggal 29 Mei 2019

Implementasi pada hari ketiga untuk diagnosa;

- 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (mual muntah).** Implementasi; 1) Jam 08.00 mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien; 2) Jam 08.00 membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi); 3) Jam 8.10 memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; 4) Jam 12.00 memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV lewat selang infus); 5) Jam 13.00 Menyajikan makanan dengan menarik dalam keadaan hangat; 6) Jam 13.05 memberikan snack siang sesuai diet pasien.
- 2. Konstipasi b/d imobilisasi.** Implementasi yang dilakukan antara lain; 1) Jam 08.00 mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB; 2) Jam 09.00 mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan); 3) Jam 11.00 mengajarkan ROM aktif dan pasif.
- 3. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.** Implementasi; 1) Jam 08.00 mengatur posisi klien (posisi powler); 2) Jam 08.30 mendorong aktifitas kreatif yang tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain); 3) Jam 09.00 membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya; 4) Jam 11.00 membantu aktifitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler); 5) Jam 12.05 mengajarkan keluarga untu mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala; 6) Jam 13.00 mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktifitas fisik pasien.

3.1.7. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi hari pertama

Tanggal 27 Mei 2019 pukul 14.00 didapat hasil evaluasi pada diagnosa **1) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah)** dengan **data subjektif** bahwa pasien mengatakan tidak bisa menghabiskan makanan, muntah 1kali, rasa mual. **Data objektif:** pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang dihabiskan 2-3 sendok, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB 39kg, IMT 18,5kg/m². TTV : GCS 15 (E4V5M6), TD 110/70 mmHg, Nadi 76x/menit Suhu 36,60C, RR 20x/menit, SPO2 99%. Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **2) Konstipasi b/d imobilisasi** dengan **data subjektif;** pasien mengatakan BAB 1 kali, kotoran keras dan sedikit. **Data objektif;** bising usus 12 kali/menit, konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam. Masalah konstipasi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **3) Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** dengan **data subjektif;** pasien mengatakan badan terasa lemah, belum bisa berdiri, kaki gemetar dan **data objektif;** pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB 8.5 gr/dL, kekuatan otot masih agak lemah pada ekstermitas bawah. Masalah keperawatan intoleransi aktifitas teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan. **4) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi** dengan **data subjektif;** pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu penyebab dari sakit ginjal. **Data objektif;** pasien dan keluarga tampak bingung. Masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan;.

2. Evaluasi hari kedua

Pada tanggal 28 Mei 2019 pukul 14.00 didapat hasil evaluasi pada diagnosa **1) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah)** dengan **data subjektif** bahwa pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan,

muntah 1kali. Data **objektif**: pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang disajikan bisa habiskan, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB 39 kg, Lila 19 cm. TTV : GCS 15 (E4V5M6), TD 120/70 mmHg, Nadi 76x/menit Suhu 37⁰C, RR 20x/menit, SPO2 99%. Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **2) Konstipasi b/d imobilisasi** dengan data **subjektif**; pasien mengatakan BAB 2 kali, kotoran keras dan sedikit. Data **objektif**; bising usus 10 kali/menit, konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam. Masalah konstipasi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **3) Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** dengan data **subjektif** ; pasien mengatakan badan terasa masih lemah, belum bisa berdiri, kaki gemetar dan data **objektif**; pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB 8.5 gr/dL, kekuatan otot penuh. Masalah keperawatan intoleransi aktifitas teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan. **4) Defiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi** dengan data **subjektif**; pasien dan keluarga mengatakan sudah tahu penyebab dari sakit ginjal. Data **objektif**; pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang penyakit CKD. Masalah defisiensi pengetahuan teratasi dan intervensi dihentikan.

3. Evaluasi hari ketiga

Evaluasi Keperawatan; Pada tanggal 29 Mei 2019 pukul 14.00 didapat hasil evaluasi pada diagnosa **1) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah)** dengan data **subjektif** bahwa pasien mengatakan belum bisa menghabiskan makanan. Data **objektif**: pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang dihabiskan ½ porsi, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB 39 kg, Lila 19 cm. TTV : GCS 15 (E4V5M6), TD 110/80 mmHg, Nadi 77x/menit Suhu 36,8⁰C, RR 20x/menit, SPO2 99%. Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **2) Konstipasi b/d**

imobilisasi dengan data **subjektif**; pasien mengatakan BAB 1 kali, kotoran keras dan sedikit. Data **objektif**; bising usus 10 kali/menit, konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam. Masalah konstipasi belum teratasi dan semua intervensi dilanjutkan. **3) Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** dengan data **subjektif**; pasien mengatakan badan terasa masih lemah, belum bisa berdiri, kaki gemetar dan data **objektif**; pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB 8.5 gr/dL, kekuatan otot penuh. Masalah keperawatan intoleransi aktifitas teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan.

3.2. Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata pada Asuhan Keperawatan pada Tn. A.H dengan diagnosa medis CKD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang. Berdasarkan pengkajian pada Tn. A.H tanggal 27 Mei 2019, penulis mengangkat 4 (empat) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1). Pengkajian

Menurut Smeltzer & Bare (2001), gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).

Hasil pengkajian yang di temukan penulis tidak sesuai dengan apa yang ada di teori. Penulis tidak menemukan masalah kelebihan cairan, tidak muncul adanya oedem (penumpukan cairan), sehingga terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus nyata. Karena pada saat penulis turun melakukan pengkajian klien sudah melakukan hemodialisis sebanyak dua kali sehingga oedem pada kaki dan kelopak mata sudah teratasi. Dari pengkajian didapatkan data subyektif meliputi : keluhan

utama yang dirasakan klien sendiri yaitu klien mengatakan pusing, sakit kepala, tidak ada napsu makan, makan sedikit, mual dan muntah, susah BAB, badan lemas, tidak bisa berdiri, kaki gemetar. Data obyektif meliputi : lemah, pasien tampak kurus, porsi makan tidak dihabiskan, BAB sedikit, feses keras, lemah pada ekstermitas bawah. Data penunjang di dapatkan kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), TD 110/70 mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu 36,6⁰C, RR 20x/menit, SPO₂ 99%. Dan juga terjadi peningkatan hasil ureum 565,4 mg/dl, kreatinin 10,8 mg/dl dan BUN 125 mmolL serta terjadinya penurunan kadar hemoglobin 6,5 gr/dl.

Kondisi ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Suzanne & Bare (2001) bahwa anemia yang terjadi pada pasien CKD disebabkan oleh menurunnya fungsi ginjal terutama dalam mensekresi eritropoetin sehingga berkurangnya rangsangan terhadap sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah.

2). Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda (2015), pada teori ada 4 (empat) diagnosa keperawatan yang diangkat pada penyakit gagal ginjal kronik yakni; 1) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan ketidakseimbangan elektrolit, azotemia, oliguria, edema, anasarka; 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksi (mual-muntah); 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, ditandai dengan kelelahan, ketidaknyamanan setelah beraktifitas; 4) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Pada kasus Tn. A.H diagnosa yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ditemukan. Diagnosa keperawatan yang di temukan yaitu; 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia; 2) Konstipasi berhubungan dengan imobilisasi; 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; 4) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Terdapat 1 (satu) diagnosa keperawatan yang tidak ditegakkan sesuai dengan teori. Kondisi ini disebabkan karena pada saat melakukan pengkajian,

pasien tidak mengalami tanda dan gejala yang mengarah ke diagnosa tersebut yaitu tidak terjadi kelebihan volume cairan dan tidak ada oedem, sehingga penulis tidak menemukan data yang mendukung diangkatnya diagnosa tersebut. Dimana pada saat melakukan studi kasus pasien telah menjalani tindakan hemodialisis sebanyak 2 (dua) kali sehingga kelebihan volume cairan sudah teratasi. Tetapi penulis mengangkat masalah konstipasi karena pada saat pengkajian klien mengeluh susah BAB, dalam tiga hari sekali baru BAB dengan konsistensi padat dan keras sehingga penulis mengangkat diagnosa tersebut sesuai dengan data yang ada pada saat pengkajian.

3). Intervensi Keperawatan

Intervensi pada diagnosa keperawatan; 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (mual dan muntah); 2) Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; 3) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi yang ditemukan penulis sudah sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan. Salah satu intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi yaitu dengan cara membersihkan rongga mulut pasien secara rutin. Intervensi keperawatan ini bertujuan untuk meningkatkan hygiene mulut sehingga dapat meningkatkan selera makan pasien. Pernyataan ini sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh Clark tahun 2015. Sedangkan intervensi untuk diagnosa Konstipasi b/d imobilisasi terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada. Didalam teori, konstipasi tidak termasuk dalam salah satu diagnosa yang muncul tetapi penulis tetap mengangkat diagnosa konstipasi dan merumuskan intervensi sesuai dengan masalah yang ada. Intervensi untuk diagnosa ini adalah; mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB; melatih ROM aktif dan pasif, menganjurkan untuk miring kiri dan kanan. Intervensi yang direncanakan lebih mengarah ke mobilitas fisik, untuk merangsang peristaltik usus sehingga tidak terjadi konstipasi pada pasien dengan tirah baring yang lama. Salah satu penyebab terjadinya konstipasi adalah pasien yang mengalami tirah

baring yang lama atau kurangnya berolahraga yang teratur. Serta faktor usia juga mempengaruhi terjadinya konstipasi karena otot abdomen semakin melemah dan melemahnya tonus spinkter yang terjadi pada orang tua menurut teori yang dijelaskan oleh Potter dan Perry (2005).

4). Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 27, 28 dan 29 Mei 2019 untuk diagnosa 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia(mual dan muntah), implementasinya dilakukan sesuai dengan teori dan intervensi. Diagnosa 2) Konstipasi b/d imobilisasi, implementasinya sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah konstipasi mengacu pada implementasi keperawatan yang dijelaskan oleh Nanda (2015). Penulis melakukan implementasi berfokus pada melatih mobilisasi fisik pasien untuk meningkatkan peristaltik usus, sehingga konstipasi bisa teratasi. Diagnosa 3) Intoleransi Aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, implementasinya dilakukan sesuai dengan teori dan intervensi. Diagnosa 4) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi implementasinya dilakukan sesuai dengan teori dan intervensi yang ada. Berdasarkan masalah yang ada, penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan untuk mengatasi masalah pada Tn A.H dengan harapan masalah bisa teratasi sesuai tujuan yang ditetapkan.

5). Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah bagian terakhir dari proses keperawatan, dimana pada kasus Tn A.H dengan 4 (empat) masalah keperawatan yaitu; **1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia**, hasil evaluasi tahap akhir tidak sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan dimana klien tidak bisa menghabiskan porsi makan yang disiapkan dan BB pasien tidak mengalami peningkatan (39 kg), IMT: 18,5 kg/m², turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput. Hal ini disebabkan karena kadar ureum meningkat sehingga muncul keluhan mual dan muntah selain itu juga karena

efek dari hemodialisis. **2) Konstipasi b/d imobilisasi**, evaluasi yang diharapkan pola defekasi kembali normal dengan kriteria hasil pasien dapat BAB satu kali sehari dengan konsistensi lembek setelah menjalani perawatan. Pada kasus yang ada pasien sudah BAB namun konsistensinya masih padat dan keras. Hal ini disebabkan karena asupan makanan yang kurang, restriksi cairan serta kurangnya aktifitas fisik yang menyebabkan peristaltik usus terganggu. **3) Intoleransi Aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen**, hasil evaluasi akhir yang diharapkan pasien toleransi terhadap aktifitas dengan kriteria hasil klien tidak merasa lelah setelah beraktifitas ada peningkatan kadar hemoglobin dari 6,5gr/dL menjadi 12 gr/dL dan bisa menolong diri sendiri. Namun pada kenyataannya pasien belum bisa melakukan aktifitas sendiri (aktifitas masih dibantu), pasien masih merasa lemas, kaki gemetar dan hemoglobin sudah meningkat dari 6,5gr/dL menjadi 8,5gr/dL, konjungtiva pucat. Hal ini disebabkan karena kadar hemoglobin masih dibawah normal; **4) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi**, kriteria hasil yang diharapkan, pasien dan keluarga paham dan mampu menjelaskan kembali tentang penyakit CKD. Kenyataannya sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ada diharapkan sehingga pengetahuan pasien dan keluarga meningkat setelah diberikan penyuluhan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari sesuai dengan intervensi yang ditetapkan, masalah keperawatan yang terjadi pada Tn A.H hanya bisa teratasi sebagian dikarenakan kondisi pasien masih membutuhkan perawatan lebih lanjut dan hasil dari pemeriksaan laboratorium masih dalam batas yang tidak normal (IMT 18,5 kg/m², BB 39 kg, HB 8,5 gr/dl, BUN 125 mg/dl, Kreatinin 10,8 mg/dl. Pasien masih perlu menjalani tranfusi darah sebanyak satu kali untuk menaikkan kadar hemoglobin serta melakukan hemodialisis satu kali lagi sesuai dengan rencana yang ditentukan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya sesuai dengan tujuan pembuatan studi kasus ini, maka penulis mengambil kesimpulan yaitu proses penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan CKD pada umumnya sama antara teori dan kasus. Pada kasus Tn. A.H dengan CKD dilakukan proses keperawatan yang dimulai dari Pengkajian; Diagnosa keperawatan; Perencanaan; Implementasi dan Evaluasi.

Pengkajian yang dilakukan pada Tn A.H di ruang Komodo Rumah Sakit W.Z Johanes Kupang tidak sesuai dengan teori yang ada, yang menyatakan bahwa pada pasien CKD terjadi kelebihan volume cairan yang ditandai dengan terjadinya oedem dan penurunan produksi urine. Pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data seperti itu, dikarenakan pasien telah menjalani hemodialisis sebanyak dua kali sebelum penulis turun melakukan pengkajian. Data yang ditemukan pada Tn A.H adalah pusing, sakit kepala, mual, muntah, susah BAB, badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar, tidak ada nafsu makan . Data obyektif meliputi : pasien tampak lemah, pasien tampak kurus, porsi makan tidak dihabiskan, BAB sedikit, feses keras, lemah pada ekstermitas bawah. Data penunjang di dapatkan kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), TD: 110/70 mmHg, Nadi: 76x/menit Suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂ 99%. Dan juga terjadi peningkatan hasil ureum (565,4 mg/dL), kreatini (10,08 mg/dL) dan BUN (125 mmol/L) serta terjadinya penurunan kadar hemoglobin (6,5gr/dL), Lila:19cm; BB:47kg; TB:145cm; IMT: $39/(1,45 \times 1,45) = 18,5 \text{ kg/m}^2$; BBI (145-100)-10%. (145-100)=41,5 kg. Produksi urin saat pasien MRS tanggal 20 Mei 2019 yakni 400cc/24 jam setelah dalam proses perawatan produksi urin menjadi 1500cc/24 jam.

Setelah mendapatkan data saat pengkajian diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada kasus CKD Tn A.H adalah; **1) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah); 2) Konstipasi b/d imobilisasi; 3) Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan**

antara suplai dan kebutuhan oksigen; 4) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Dari keempat masalah keperawatan yang ada penulis melakukan intervensi sesuai dengan teori yang ada. Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan bagian dari suatu fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien.

Intervensi keperawatan yang dilakukan meliputi; Diagnosa 1 : Anjurkan pasien untuk mengurangi asupan protein; Diagnosa 2 : Melakukan mobilitas fisik; Diagnosa 3 : Dorong aktifitas yang kreatif yang tepat; ajarkan klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam level aktivitas tertentu; Diagnosa 4, memberikan penyuluhan terkait dengan penyakit CKD untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga.

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya (Nanda 2015). Implementasi **diagnosa 1)** Mengajarkan keluarga untuk melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi); memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; **Diagnosa 2)** melakukan mobilisasi di tempat tidur (miring kiri dan kanan); **Diagnosa 3)** memberi posisi yang nyaman untuk pasien, membantu ADL pasien; **Diagnosa 4)** memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit CKD.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi keadaan Tn A.H, setelah diberikan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 (tiga) hari. Hasil evaluasi pada diagnosa 1, 2 dan 3 masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Diagnosa 4, masalah teratasi karena pasien dan keluarga mampu menjelaskan tentang penyakit CKD. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari sesuai dengan intervensi yang ditetapkan, masalah keperawatan yang terjadi pada Tn A.H hanya bisa teratasi sebagian dikarenakan kondisi pasien masih membutuhkan perawatan lebih lanjut dan hasil dari pemeriksaan laboratorium masih dalam batas yang tidak normal. Pasien masih perlu menjalani tranfusi darah sebanyak satu kali untuk menaikkan kadar hemoglobin serta melakukan hemodialisis satu kali lagi sesuai dengan rencana yang ditentukan.

4.2. Saran

1). Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui tentang perawatan dan pengobatan pasien dengan CKD sehingga mampu merawat anggota keluarga dengan CKD.

2). Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan khususnya pada pasien dengan CKD.

3). Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini digunakan sebagai referensi tambahan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus CKD.

DAFTAR PUSTAKA

- Brrnner & Suddarth. 2001. *Buku Ajar Kperawatan Medikal Bedah edisi 8*. Jakarta :EGC
- Engram, Barbara. 1998. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Volume 1*. Jakarta EGC
- Endy, M.Clevo & Margareth TH. 2002. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kardiyudiani & Susanti, Brigitta A.D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Pustaka Baru
- Nanda. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Edisi: 10. EGC: Jakarta
- Padila. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prabowo, Eko & Pranata, A.E. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta : Naha Medika
- Price SA. 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Volume 2*. Edisi 6. Jakarta .EGC
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), (2018) *Prevalensi kasus CKD di Indonesia dan NTT*
- WHO (2015) *Angka kejadian penderita CKD di dunia*

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal kegiatan Ujian Akhir Program
2. Lembar konsultasi
3. Format pengkajian dewasa
4. Askep pada pasien dengan gangguan ginjal di ruang Komodo

DAFTAR TABEL

1. Tabel klasifikasi derajat gagal ginjal kronis 5

DAFTAR BAGAN

1. Bagan Pathway	9
------------------------	---

**Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang**

Bulan	Mei							Juni				
Tanggal	24	26	27	28	29	30	31	1-9	10	11	12-13	14
Pembekalan	v											
Lapor diri di RS	v											
Konsul Judul kasus	v	v										
Perawatan kasus dan penyusunan proposal			v	v	v	v						
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi pembimbing			v	v	v	v	v	v				
Ujian sidang									v	v		
Revisi											v	
Kumpul laporan												v



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : NI KOMANG ARI MILNAWATI
NIM : PO.530320116366
NAMA PEMBIMBING : Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	31/5/2019	Konsul BAB 1 tentang pendahuluan	
2	1/6/2019	Konsu BAB 2 tentang konsep teori CKD	
3	2/6/2019	Konsul BAB 3 dan 4	
4	7/6/2019	Konsul revisi BAB 1-4	
5	10/5/2019	Konsul Revisi Bab 1-4	
6	11/5/2019	Konsul revisi BAB 1-4 lengkap dengan cover dan lampiran	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : NI KOMANG ARI MILNAWATI
NIM : PO.530320116366
NAMA PEMBIMBING : Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
7	14/5/2019	Konsul hasil revisi	
8	17/5/2019	ACC	






KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : NI KOMANG ARI MILNAWATI
NIM : PO.530320116366
NAMA PEMBIMBING : Maria A. Making, S.Kep,Ns, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	14/6/2019	Konsul KTI	
2	15/6/2019	Konsul revisi	
3	18/6/2019	Acc	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Ni Komang Ari M.
NIM : PO530320116366

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. A.H.
Ruang/Kamar : Komodo/A2
Diagnosa Medis : CKD stage 5
No. Medical Record : 415463
Tanggal Pengkajian : 25/5/2019 Jam : 15.00 wita
Masuk Rumah Sakit : 20/5/2019 Jam : 15.45 wita

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Tn.A.H.	Jenis Kelamin	: L
Umur/Tgl lahir	: 58th/31-3-1961	Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Katolik	Suku Bangsa	: INA
Pendidikan terakhir	: SD	Pekerjaan	: Swata
Alamat	: Sikumana		

Identitas Penanggung

Nama	: Ny.E.H	Pekerjaan	: IRT
Jenis Kelamin	: P	Hubungan dengan klien	: Istri
Alamat	: Sikumana		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama; badan lemas, pusing , mual dan muntah
 - Kapan : sejak tanggal 10 Mei 2019

- Lokasi : bagian kepala

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : sejak tanggal 10 Mei 2019
- Sifat keluhan : menetap
- Lokasi : pada bagian kepala
- Keluhan yang menyertai : kurang nafsu makan
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : saat beraktifitas
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : keluhan bertambah saat aktifitas
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : berobat ke faskes RS Boromeus
- Riwayat penyakit sebelumnya: klien dicurigai menderita Hipertensi, tetapi tidak pernah menjalani pengobatan.
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya Sebutkan :
 - Cara mengatasi :
 - **Tidak**
- Riwayat Alergi
 - Ya Jenis : Waktu :
 - Cara mengatasi :
 - **Tidak**
- Riwayat Operasi
 - **Ya** Jenis : struma Waktu : 2015.
 - Tidak

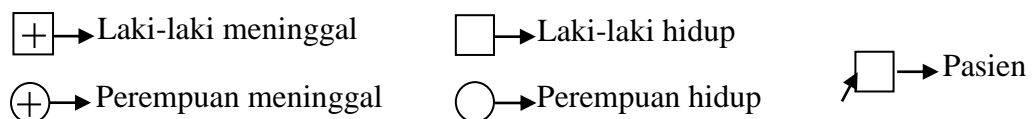
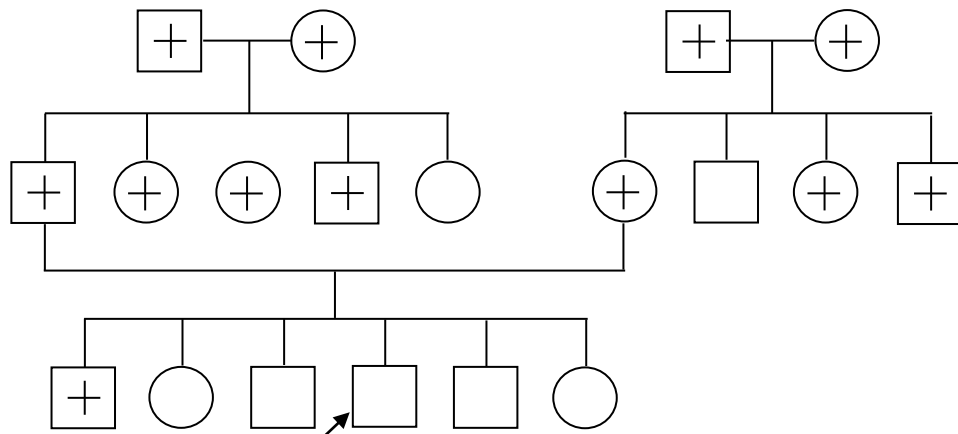
1. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya Jumlah : Waktu :
 - **Tidak**
- Minum alkohol
 - Ya Jumlah : Waktu :

- **Tidak**
- Minum kopi : Lamanya
 - **Ya** Jumlah : 1 gelas Waktu : pagi
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya Jenis : Jumlah : Waktu :
 - **Tidak**

Riwayat Keluarga/Genogram (Diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg- Nadi : 76x/mt
 - Pernapasan : 20x/mt - Suhu badan : 36,6⁰C
2. Kepala dan leher
 - Kepala :
 - Sakit kepala : ya Pusing : ya
 - (√) **ya** () tidak
 - Bentuk ukuran dan posisi normal

- (√) **normal** () abnormal, jelaskan :
- Lesi : () ada, jelaskan : (√) **tidak ada**
 - Massa : () ada, jelaskan : (√) **tidak ada**
 - Observasi wajah : (√) **simetris** () asimetris, jelaskan :
 - Penglihatan :
 - Konjungtiva : pucat
 - Sklera : ikterik (kekuningan)
 - Pakai kacamata : (√) **ya**, jelaskan : saat baca () tidak
 - Penglihatan kabur : (√) **ya**, jelaskan : saat baca () tidak
 - Nyeri : tidak
 - Peradangan : tidak
 - Operasi :
 - ❖ Jenis : -
 - ❖ Waktu : -
 - ❖ Tempat : -
 - Pendengaran :
 - Gangguan pendengaran : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Nyeri : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Peradangan : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Hidung :
 - Alergi rhinitis : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Riwayat polip : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Sinusitis : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Epistaksis : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi :
 - Caries : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Memakai gigi palsu : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Gangguan bicara : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Gangguan menelan : () ya, jelaskan : (√) **tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : () ya, jelaskan : (√) **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/GCS : Composmentis / EVM: 4/5/6
 - Bentuk dada : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
 - Bibir : ☐ sianosis ☒ **normal**
 - Kuku : ☐ sianosis ☒ **normal**
 - Capillary Refill : ☐ abnormal ☒ **normal**
 - Tangan : ☐ Edema ☒ **normal**
 - Kaki : ☐ Edema ☒ **normal**
 - Sendi : ☐ Edema ☒ **normal**
- Letus cardis/Apical pulse : ☒ **teraba** ☐ tidak teraba
- Vena jugularis : ☐ teraba ☐ tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : tidak ada
- Auskultasi :
 - BJ I : ☐ abnormal ☒ **normal**
 - BJ II : ☐ abnormal ☒ **normal**
- Murmur : -.....

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
 - Bentuk dada : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
 - Jenis pernapasan : ☐ abnormal (dispnea, kussmaul...) ☐ tidak
 - Irama napas : ☒ **teratur** ☐ tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : ☐ ya ☒ **tidak**
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- Perkusi : Cairan : ☐ ya ☒ **tidak**
 - Udara : ☐ ya ☐ tidak
 - Massa : ☐ ya ☐ tidak
- Auskultasi :
 - Inspeksi : ☒ **normal** ☐ abnormal

Ekspirasi : ☒ **normal** ☐ abnormal

- Ronchi : ☐ ya ☒ **tidak**
- Wheezing : ☐ ya ☒ **tidak**
- Krepitasi : ☐ ya ☒ **tidak**
- Rales : ☐ ya ☒ **tidak**

Clubbing finger : ☒ **normal** ☐ abnormal

2. Sistem pencernaan :

a) Keluhan : .mual dan muntah

b) Inspeksi :

- Turgor kulit : ☒ **abnormal**, jelaskan : kering ☐ normal
- Keadaan bibir : ☐ lembab ☒ **kering**
- Keadaan rongga mulut :
Warna mukosa : pucat dan kering
- Luka/perdarahan : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- Tanda-tanda radang : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- Keadaan gusi : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- Keadaan abdomen :
Warna kulit : kehitaman
Luka : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
Pembesaran : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- Keadaan Rektal
Luka : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
Perdarahan : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
Haemmoroid : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
Lecet/tumor/bengkak : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**

c) Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12x/menit

d) Perkusi : Cairan : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**

Udara : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**

Massa : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**

e) Palpasi :

Tonus otot : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
 Nyeri : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
 Massa : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**

3. Sistem persarafan :

- a) Keluhan : -.....
- b) Tingkat kesadaran : CM.....GCS (E/M/V) : 4/5/6
- c) Pupil : ☒ **isokor** ☐ anisokor
- d) Kejang : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- e) Jenis kelumpuhan : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- f) Parasthesia : ☐ ya, jelaskan : ☒ **tidak**
- g) Koordinasi gerak : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- h) Carnial nerves : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- i) Reflexes : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**

4. Sistem Musculoskeletal

- a) Keluhan : kaki rasa lemas dan gemetar
- b) Kelainan ekstermitas : ☐ ada, jelaskan : ☒ **tidak ada**
- c) Nyeri otot : ☒ **ada** ☐ tidak ada
- d) Nyeri sendi : ☒ **ada** ☐ tidak ada
- e) Refleksi sendi : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ **normal**
- f) Kekuatan otot :
☐ Atropi ☐ Hiperthropi ☐ normal 5|5
3|3

5. Sistem Integumentari

- a) Rash : ☐ ada, jelaskan : ☒ **tidak ada**
- b) Lesi : ☐ ada, jelaskan : ☒ **tidak ada**
- c) Turgor : jelek. warna : kehitaman
- d) Kelembaban : ☐ abnormal, jelaskan : .kering ☐ normal
- e) Petechie : ☐ ada, jelaskan : ☒ **tidak ada**
- f) Lain-lain :

6. Sistem Perkemihan

- a) Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☐ retensi

☐ gross hematuri ☐ disuria ☐ poliuria

☐ oliguri ☐ anuria

b) Alat bantu (kateter) : ☒ ya ☐ tidak

c) Kandung kencing : Membesar ☐ ya ☒ tidak

Nyeri tekan ☐ ya ☒ tidak

d) Produksi urine : 1500cc/hari

e) Intake cairan : oral 100cc/hari, parenteral : 500cc/24jam

f) Bentuk alat kelamin : ☒ normal ☐ tidak normal, sebutkan :.....

g) Uretra : ☒ normal ☐ Hipopasdia/Epispadia

Lain-lainnya :

10. Sistem Endokrin

a) Keluhan : -.....

b) Pembesaran kelenjar : ☐ ada, jelaskan : ☒ tidak ada

c) Lain-lain :

11. Sistem Reproduksi

a) Keluhan : -.....

b) Wanita : siklus menstruasi :

Keadaan payudara : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ normal

Riwayat persalinan :

Abortus :

Pengeluaran pervaginam : ☐ abnormal, jelaskan : ☒ normal

Lain-lain :

c) Pria : Pembesaran prostat : ☐ ada ☒ tidak ada

d) Lain-lain :

12. Pola Kegiatan sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi :

1. Kebiasaan :

a) Pola makan : teratur

b) Frekwensi makan : 3x sehari

c) Napsu makan : menurun

d) Makanan pantangan : telur, labu, patola

- e) Makanan yang disukai : semua
 - f) Banyaknya minuman dalam sehari : 8 gelas/hari
 - g) Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : alkohol
 - h) BB : 39kg TB : 145 cm Bbawal:45kg Lila:19cm IMT:18.5
BBI:41,5kg
 - i) Kenaikan/**penurunan BB** : 6kg, dalam waktu : 1bln
2. Perubahan selama sakit : porsi makan selama sakit tidak pernah dihabiskan

B. Eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan : teratur
Frekwensi dalam sehari : 8-10 kali warna : kuning bening.
Bau : khas Jumlah/hari : 1600cc
 - b. Perubahan selama sakit :
2. Buang Air Besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : teratur Frekwensi dalam sehari : 1-2x/ hari
Warna : kuning Bau : khas
Konsistensi : lembek
 - b. Perubahan selama sakit : susah BAB, BAB 1kali/ 3hari, BAB keras,

C. Olahraga dan Aktivitas

- Kegiatan olahraga yang disukai : -.....
- Apakah olahraga yang dilaksanakan secara teratur : jalan kaki

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00 Bangun pagi jam : 05.00
- Tidak tidur siang : -..... Bangun pagi jam :
- Apakah mudah terbangun : tidak.....
- Apa ada yang menolong untuk tidur nyaman : :-.....

Pola interaksi sosial

1. Siapa orang yang penting/terdekat : istri.....
2. Organisasi sosial yang diikuti : organisasi gereja

3. Keadaan rumah dan lingkungan :
- Status rumah : sendiri
- Cukup/tidak : cukup
- Bising/tidak : .tidak.....
- Banjir/tidak : .tidak.....
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/terdekat : dengan keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : musyawarah
6. Bagaimana berinteraksi dalam keluarga : baik

Kegiatan keagamaan/spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : .taat.....
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : mengikuti organisasi gereja

Keadaan psikologis selamam sakit

1. Presepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien bingung akan sakitnya
2. Presepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : pasien menerima keadaannya
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium dan Diagnostik

a. Pemeriksaan darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			20/5/19	22/5/19	23/5/19	24/5/19	26/5/19	28/5/19
1	HB	13,0-18,0	8,2	5,7	-	6,5	8,5	8,5
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20	7,1	7,1	6,8		3,30	3,30
3	Hematokrit	40,0-54,0					23,2	23,4
4	MCV	81,0-96,0	1.220	1.350	13.20		70,3	70,9
5	MCH	27,0-36,0	2,2	2,5	2,4		25,8	25,8
6	Jumlah leukosit	4,0-10,0					8,67	10,32
7	Neutrofil	50-70					88,1	82,1
8	Limfosit	20-40	12,2				2,4	4,6
9	Monosit	2-8					9,1	10,3
10	Jumlah neutrofil	1,50-7,00					7,63	8,48
11	Jumlah limfosit	1,00-3,70					0,21	0,47
12	Jumlah monosit	0,00-0,70					0,79	1,06
13	Jumlah trombosit	150-400					70	114

14	PCT	0,17-0,35					0	0,12
15	Albumin	3,5-5,2					3,4	3,3
16	Kalium darah	11,0-17,0	7,1	6,8	3,3		2,7	2,8
17	HGB	11,0-17,0	8,2					
18	RBC	4,0-5,5	3,03					
19	HCT	40-54	25,1					
21	PLI	180-300	133,2					
22	Ureum	16,8-43,4	565,4					
23	Kreatinin	0,81-1,44	11,33				10,08	
24	Natrium darah	132-147	125	128	134		132	
25	Clorida darah	96-111	121	108			116	
26	Calsium ion	1,120-1,320	1,220	1,320	1,700		1,200	1,090
27	Total calsium	2,2-2,55	2,2	2,4	3,4		2,5	
28	GDS	80-110				138		
29	BUN	<48					125,0	
30	Asam urat	1,9-7,9					5,8	

b. Pemeriksaan faeces

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik test

1. Foto Rontgen

a. Foto Gigi dan Mulut :

.....

.....

.....

b. Foto Oesophagus, lambung dan usus halus :-

.....

.....

.....

c. Cholescystogram :-

.....

.....

.....

d. Foto Colon :-

.....

.....

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus :

Ultrasonographi :-

.....

.....

.....

Biopsy :

.....

.....

.....

Colonoscopy :

.....

.....

.....

DLL :

.....

.....

.....

Penatalaksanaan / pengobatan :

(Pembedahan, pengobatan dan lain-lain)

- Pembedahan :

.....
.....
.....

- Pengobatan :

IVFD NaCL 0,9% 500cc/24jam

Omeprazole 2x 40 mg (IV)

Metoclopramide 3x10 mg (IV)

Ceptryaxon 2gr dalam Ns 100cc (72 Jam)

- Lain-lain :

.....
.....
.....

ASKEP PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN GINJAL DI RUANG KOMODO

1. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH/ PROBLEM	ETIOLOGI
1.	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan sedikit, rasa mual dan muntah.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, kurus, porsi makan tidak dihabiskan, makan hanya 2 sendok,</p> <p>Lila 19 cm; BB awal 47kg, sekarang 39kg; TB 145 cm, IMT $39/(1,45 \times 1,45) = 18,5 \text{ kg/m}^2$ BBI $(145-100)-10\% \cdot (145-100) = 41,5 \text{ kg}$.</p>	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh	Anoreksia (mual muntah)
2.	<p>S : Pasien mengatakan susah BAB, BAB 1 kali selama 3 hari.</p> <p>O : BAB sedikit, feses keras, perubahan pola BAB, penurunan frekuensi</p>	Konstipasi	Imobilisasi
3.	<p>S : Pasien mengatakan badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar, pusing .</p> <p>O : Kekuatan otot : lemah pada ekstermitas bawah,</p> <p>ADL : masih dibantu, Hb 6,5 gr%.</p>	Intoleransi Aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

4.	<p>S : Pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di derita.</p> <p>O : Pasien tampak bingung dan mencari informasi.</p>	Kurang pengetahuan	Kurang terpapar terhadap informasi
----	---	--------------------	------------------------------------

2. DIAGNOSA

- 1). Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah) ditandai dengan pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan sedikit, rasa mual dan muntah, pasien tampak lemah, kurus, porsi makan tidak dihabiskan, makan hanya 2 sendok, Lila 19 cm; BB awal 47kg, sekarang 39kg; TB 145 cm, $IMT = 39 / (1,45 \times 1,45) = 18,5 \text{ kg/m}^2$, $BBI (145-100) - 10\% \cdot (145-100) = 41,5 \text{ kg}$
- 2). Konstipasi b/d imobilisasi ditandai dengan pasien mengatakan susah BAB, bising usus 12kali/ menit, BAB 1 kali selama 3 hari, BAB sedikit, feses keras, perubahan pola BAB, penurunan frekuensi.
- 3). Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengatakan badan lemah, tidak bisa berdiri, kaki gemetar, pusing, kekuatan otot : lemah pada ekstermitas bawah, ADL : masih dibantu, Hb: 6,5 gr%.
- 4). Defisit pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi ditandai dengan data subjektif : pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang di derita, pasien tampak bingung dan mencari informasi.

3. INTERVENSI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d anoreksia (mual dan muntah).	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif : Outcomes : Dalam waktu 3x24 jam selama perawatan pasien akan menunjukkan; NOC : Nutritional status : 1) Nutritional status : food and fluid intake; 2) Self care: eating; 3) weight mass; Kriteria hasil : 1) Intake makanan per oral (spontan/naso feeding) adekuat; 2) Intake cairan (per oral/parenteral) adekuat; 3) Nutrisi parenteral adekuat; 4) Menyatakan nafsu makan baik; 5) Menyiapkan makanan dengan baik; 6) Menyantap makanan dengan maksimal dan meng dengan baik; 7) Menghabiskan porsi makanan tanpa adanya gangguan; 8) Tidak ada gangguan selama proses makan (mual/muntah); 9) Berat badan ideal; 10) Masa otot triceps, biceps dan subskapularis memadai; 11) Lemak di leher (pria) memadai</p>	<p>NIC</p> <p>1) Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat; 2) Kolaborasi dengan tim medis untuk mengatasi gejala mual dan muntah; 3) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien CKD; 4) Anjurkan klien/keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan.</p>

2	Konstipasi b/d imobilisasi	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan pola defikasi yang normal selama dalam perawatan.</p> <p>Objekif : NOC : Dalam jangka waktu selama 3x24 jam, konstipasi pasien teratasi; 1) Bowel elimination; 2) Hidration. dengan kriteria hasil : 1) Pola BAB dalam batas normal; 2) Feses lunak; 3) Cairan dan serat adekuat; 4) Aktivitas adekuat.</p>	<p>NIC : Manajemen Konstipasi;</p> <p>1) Ajarkan pasien melakukan mobilisasi di tempat tidur (miring kiri dan kanan; 2) Ajarkan ROM aktif dan pasif; 3) Identifikasi faktor yang menyebabkan konstipasi; 4) Monitor tanda-tanda ruptur bowel/peritonitis; 5) Konsultasi dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus.</p>
3	Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktifitas selama dalam proses keperawatan.</p> <p>Objektive : Pasien akan mempertahankan keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen selama dalam proses keperawatan. Outcomes : Dalam waktu 3x24 jam pasien akan mengalami NOC label 1. Toleransi terhadap aktifitas; 1) Saturasi oksigen ketika beraktifitas; 2) Frekuensi nadi ketika beraktifitas; 3) Frekuensi pernapasan ketika beraktifitas; 4) Kemudahan bernapas ketika beraktifitas.</p>	<p>NIC label 1: Terapi aktifitas;</p> <p>1) Ciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan; 2) Bantu dengan aktifitas fisik secara teratur (Misalnya, ambulansi transfer/berpindah, berputar dan kebersihan diri) sesuai dengan kebutuhan; 3) Dorong aktifitas yang kreatif sesuai kemampuan; 4) Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat, dalam aktifitas dengan cara yang tepat.</p>

		Keterangan : 1) Sangat terganggu; 2) Banyak terganggu; 3) Cukup terganggu; 4) Sedikit terganggu.	
4	Defisiensi pengetahuan b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam, klien akan : 1) Knowledge : chronic Disease Management; 2) Knowledge : Kidney Disease Managemet.</p> <p>Kriteria hasil : 1) Mampu menjelaskan faktor penyebab dan proses penyakit; 2) Mampu menyebutkan tanda dan gejala dari penyakit; 3) Mampu menjelaskan strategi untuk mencegah komplikasi; 4) Mampu melaksanakan terapi medis dengan benar; 5) Mengikuti perintah diet sesuai anjuran; 6) Mampu menjelaskan strategi dalam mencegah mual dan muntah. NIC : Teaching : Disease Processl 1) Nilai tingkat pengetahuan pasien; 2) Terangkan pada pasien tentang proses terjadinya penyakit; 3) Evaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan</p>	<p>NIC : Teaching : Disease Processl</p> <p>1) Nilai tingkat pengetahuan pasien; 2) Terangkan pada pasien tentang proses terjadinya penyakit; 3) Evaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan kembali tentang penyakit; 4) Diskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; 5) Dorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.</p>

		kembali tentang penyakit; 4) Diskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan; 5) Dorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.	
--	--	--	--

4. IMPLEMENTASI

NO	DIAGNOSA	WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (Mual dan muntah)	27/5/19		
		08.00	Mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien;	S : Pasien mengatakan tidak bisa menghabiskan makanan, muntah 1kali, rasa mual.
		08.00	Mengkaji riwayat alergi dan makan kesukaan klien;	O : Pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang dihabiskan 2-3 sendok, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB:39kg, IMT:18,5kg/m ² .
		08.00	Mengajarkan keluarga untuk melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi);	A : Masalah belum teratasi
		8.10	Memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien;	P : Intervensi dilanjutkan
		12.00	Memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV lewat selang infus);	
		12.05	Memberikan pendidikan kesehatan tentang diet yang disarankan;	
		13.00	Menyajikan makanan dengan menarik dan keadaan hangat;	
		13.05	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi	

		13.05	(menganjurkan makan buah yang tidak banyak mengandung air).	
		13.05	Memberikan penkes tentang diet yang disarankan	
		13.05	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi mengenai diet pada pasien	
2	Konstipasi b/d asupan serat inadekuat	27/5/19		S : Pasien mengatakan BAB 1 kali, kotoran keras dan sedikit.
		08.00	Mengkaji faktor penyebab konstipasi;	O : Bising usus 12 kali/menit,
		08.30	Mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB;	konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam.
		09.00	Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan);	A : Masalah belum teratasi
		11.00	Mengajarkan ROM aktif dan pasif	P : Semua intervensi dilanjutkan

3	Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	27/5/19		
		08.00	Mengatur posisi klien (posisi powler);	S : Pasien mengatakan badan terasa lemah, belum bisa berdiri, kaki gemetar
		08.30	Mendorong aktifitas kreatif yang tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain);	O : Pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB:8.5 gr/dL, kekuatan otot masih agak lemah pada ekstermitas bawah
		09.00	Membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya;	A : Intoleransi aktifitas belum teratasi.
		11.00	Membantu aktifitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler);	P : Intervensi dilanjutkan
4	Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi	12.05	Mengajarkan keluarga untuk mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala;	
		13.00	Mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktifitas.	
4	Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi	27/5/2019		
		08.00	Menilai tingkat pengetahuan pasien;	S : Pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu penyebab dari sakit ginjal.
		08.30	Menerangkan kepada pasien tentang proses terjadinya penyakit CKD;	O : Pasien dan keluarga tampak
		09.00	Mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dan	

		11.00	keluarga dengan menanyakan kembali tentang penyakit CKD; Mendiskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan;	bingung A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		12.05	Mendorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.	

CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA

NO	DIAGNOSA	HARI/TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia	28/5/19	<p>S : Pasien mengatakan makan sedikit. Muntah 1 kali; Pasien mengeluh haus</p> <p>O : Porsi makan habis: ½ porsi; Mukosa mulut: kering; Turgor kulit tidak elastis; Kulit : kering dan keriput; BB:39 kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 08.00 mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien; 2. Jam 08.00 membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi); 3. Jam 8.10 memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; 4. Jam 12.00 memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV lewat selang infus); 5. Jam 13.00 Menyajikan makanan dengan menarik dan keadaan hangat;

			<p>6. Jam 13.05 memberikan ekstra puding sesuai diet pasien.</p> <p>E : S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan, muntah 1kali.</p> <p>O : Pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang disajikan bisa habiskan, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB:39kg, Lila:19cm.</p>
2	Konstipasi b/d imobilisasi	28/5/19	<p>S : Pasien mengatakan susah BAB,</p> <p>O : Bising usus : 12kali/mt; Nyeri abdomen:-</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : 1. Jam 08.00 mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB;</p> <p>2. Jam 09.00 Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan);</p> <p>3. Jam 11.00 mengajarkan ROM aktif dan pasif.</p> <p>E : S : Pasien mengatakan BAB 2 kali, kotoran keras dan sedikit.</p> <p>O : Bising usus 10 kali/menit, konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam</p>

3	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	28/5/19	<p>S : Pasien mengatakan badan terasa lemas, belum bisa berdiri, kaki gemetar</p> <p>O : Pasien tampak lemah, sebagian aktivitas masih dibantu, HB:8.5 gr/dL, kekuatan otot masih agak lemah pada ekstermitas bawah Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 08.00 mengatur posisi klien (posisi powler); 2. Jam 08.30 mendorong aktivitas kreatif yg tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain); 3. Jam 09.00 membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya; 4. Jam 11.00 membantu aktivitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler); 5) Jam 12.05 mengajarkan keluarga untuk mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala; 5. Jam 13.00 mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktivitas fisik pasien. <p>E : S : Pasien mengatakan badan terasa masih lemah, belum</p>
---	---	---------	--

			<p>bisa berdiri, kaki gemetar</p> <p>O : Pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB:8.5 gr/dL, kekuatan otot penuh</p>
4	Defisit pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi	28/5/2019	<p>S : Pasien dan keluarga mengatakan kurang paham dengan penyakit yang diderita klien</p> <p>O : Pasien tampak bingung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : 1. Jam 08.00 menilai tingkat pengetahuan pasien;</p> <p>2. Jam 08.30 menerangkan kepada pasien tentang proses terjadinya penyakit CKD;</p> <p>3. Jam 09.00 mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga dengan menanyakan kembali tentang penyakit CKD;</p> <p>4. Jam 11.00 mendiskusikan kepada pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan;</p> <p>5. Jam 12.05 Mendorong pasien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.</p> <p>6. menanyakan kembali tentang penyakit CKD</p>

			<p>E : S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah tahu penyebab dari sakit ginjal.</p> <p>O : Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang penyakit CKD.</p>
--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE DUA

NO	DIAGNOSA	HARI/TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (mual dan mntah)	29/5/19	<p>S : Pasien mengatakan makan sedikit,tidak ada muntah, mengeluh haus</p> <p>O : Porsi makan habis: ½ porsi</p> <p>Mukosa mulut: kering</p> <p>Kulit : kering</p> <p>Turgor kulit tidak elastis</p> <p>BB:39kg</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilnjutkan</p> <p>I : 1. Jam 08.00 mengkaji status nutrisi klien dan kemampuan untuk pemenuhan kebutuhan klien;</p> <p>2. Jam 08.00 membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi);</p> <p>3. Jam 8.10 memberikan makanan per oral sesuai dengan diet pasien; 4) Jam 12.00 memberikan obat metoclopramid 10mg dan omeprazol 20mg secara IV</p>

			<p>lewat selang infus);</p> <p>4. Jam 13.00 Menyajikan makanan dengan menarik dalam keadaan hangat;</p> <p>5. Jam 13.05 memberikan snack siang sesuai diet pasien.</p> <p>E : S : Pasien mengatakan belum bisa menghabiskan makanan.</p> <p>O : Pasien tampak kurus dan lemah, porsi makan yang dihabiskan ½ porsi, turgor kulit kurang elastis, kulit kering dan keriput, BB: 39kg, Lila : 19cm</p>
2	Konstipasi b/d imobilisasi	29/5/19	<p>S : Pasien mengatakan susah BAB,</p> <p>O : Bising usus : 12kali/mt; Nyeri abdomen; Belum BAB</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : 1. Jam 08.00 mencatat dan mengkaji frekuensi BAB, warna, konsistensi, jumlah dan waktu BAB;</p> <p>2. Jam 09.00 mengajarkan pasien melakukan mobilisasi (miring kiri dan kanan);</p> <p>3. Jam 11.00 mengajarkan ROM aktif dan pasif.</p>

			<p>E : S : Pasien mengatakan BAB 1 kali, kotoran keras dan sedikit .</p> <p>O : Bising usus 10 kali/menit, konsistensi; feses keras, jumlah sedikit, warna hitam.</p>				
3	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	29/5/19	<p>S : Pasien mengatakan badan masih terasa lemas, belum bisa berdiri, kaki gemetar kalau berdiri</p> <p>O : Pasien tampak lemas</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> <p>Semua aktifitas dibantu</p> <p>Konjungtiva pucat, Hb: 8,5 gr/dL</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jam 08.00 mengatur posisi klien (posisi powler);2. Jam 08.30 mendorong aktifitas kreatif yang tepat (duduk di sisi tempat tidur tanpa bantuan orang lain);3. Jam 09.00 membantu klien untuk mengidentifikasi kelemahannya;4. Jam 11.00 membantu aktifitas fisik secara teratur sesuai kebutuhan pasien (mengatur posisi semi powler);	5	5	4	4
5	5						
4	4						

			<p>5. Jam 12.05 mengajarkan keluarga untu mengatur lingkungan yang aman untuk melakukan pergerakan otot secara berkala;</p> <p>6. Jam 13.00 mengajarkan kepada keluarga untuk terlibat dalam aktifitas fisik pasien.</p> <p>E : S : Pasien mengatakan badan terasa masih lemah, belum bisa berdiri, kaki gemetar</p> <p>O : Pasien tampak lemah, sebagian aktifitas masih dibantu, HB:8.5 gr/dL, kekuatan otot penuh</p>
4	Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi	29/5/2019	<p>S : Pasien dan keluarga sudah paham tentang penyakit CKD</p> <p>O : Pengetahuan pasien dan keluarga meningkat dan mampu menjelaskan kembali tentang penyakit CKD</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>I : Intervensi dihentikan</p>